

de gènere en salut



Diferències i desigualtats

## Estudis/Monografies 2

[illegible]



# Diferències i desigualtats de gènere en salut

## Estudis/Monografies 2

## **Equip de treball:**

### **Enquesta de Salut de Barcelona 2000**

(Vegeu apartat 6. Annex)

### **Redacció:**

Lucía Artazcoz, Imma Cortés, Carme Borrell, M. Isabel Pasarín

### **Anàlisi de dades:**

Lucía Artazcoz

## **Coordinació i Edició:**

### **Sector de Serveis Personals**

Eduard Spagnolo, *Gerent*

### **Direcció Editorial:**

Francesc Pérez, *Cap de Comunicació*

### **Coordinació de la Publicació:**

Isabel López, *Staff d'Imatge i Comunicació*

### **Direcció de l'Observatori Barcelona:**

Jordi Plana, *Director de Serveis de Planificació i Recerca*

### **Coordinació Tècnica:**

Emi Pallàs, *Responsable de Planificació de Programes*

Isabel Sánchez, *Responsable del Pla de Recerca*

Mercè Fernández, *Cap del Programa de Dona*

Pep Gómez, *Responsable d'Informació de l'Observatori Barcelona*

1ª Edició: Març 2003

© Ajuntament de Barcelona

Sector de Serveis Personals

Dipòsit legal: B.00.000-2002

[www.bcn.es/serveispersonals](http://www.bcn.es/serveispersonals)

## Resum

**Introducció:** Les dones viuen més anys – a Barcelona vuit més que els homes - però el seu estat de salut és pitjor que el dels homes. Aquesta paradoxa ha estat l'eix de la recerca de gènere – que no de sexe – i salut durant les tres últimes dècades. Parlar de diferències de gènere en salut significa reconèixer que més enllà de les diferències biològiques entre els dos sexes, que òbviament expliquen diferències en salut, hi ha condicionants socials estretament associats amb el sexe, com ara la situació laboral, els rols familiars o la classe social, que són responsables de les diferències entre homes i dones en l'estat de salut<sup>1</sup>.

**Objectiu:** Analitzar les diferències i desigualtats de gènere en les condicions de vida i l'estat de salut entre les persones de 25 a 64 anys residents a Barcelona.

**Mètodes:** S'estudien les diferències de gènere en les condicions de vida i l'estat de salut de la població de Barcelona de 25 a 64 anys. A més a més, s'examina si els determinants socials de la salut són diferents per a homes i per a dones. Les dades procedeixen de l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2002.

**Resultats:** A Barcelona ciutat la situació socio-laboral de les dones és pitjor que la dels homes. A més a més, les desigualtats de gènere són molt més

pronunciades entre les persones majors de 45 anys. En el treball remunerat, tot i que entre els més joves el nivell d'estudis és similar en homes i en dones, elles continuen ocupant els llocs menys qualificats i accedint amb menys freqüència a càrrecs de responsabilitat. En la vida privada, elles segueixen encarregant-se de la majoria de les exigències familiars: la proporció de mestresses de casa és alta, sobretot entre les dones més grans; quan les dones tenen una feina remunerada, el temps de treball domèstic és molt superior al dels homes, també entre els més joves; i hi ha moltes més dones responsables de llars monoparentals que homes.

La majoria dels indicadors de salut són més desfavorables per a les dones; ells però, tenen més problemes cardiovasculars i més accidents. Pel que fa als comportaments relacionats amb la salut, la prevalença de tabaquisme segueix sent més alta en homes. Hi ha més dones amb baix pes, sobretot entre les més joves, i la pràctica d'exercici físic està més estesa entre els homes. Els determinants socials de la salut i dels comportaments relacionats amb la salut són diferents segons gènere.

**Conclusió:** A Barcelona continuen presents les diferències i desigualtats de gènere, tot i que són menys accentuades en les generacions joves. Les polítiques socials i de salut han de tenir en compte les diferents formes de viure i les oportunitats desiguals dels homes i de les dones en el camí cap a una societat més justa.

<sup>1</sup> Rohlf I, Borrell C, Fonseca M do C. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit 2000;14(Supl. 3):60-71.



Teniu a les vostres mans un estudi que analitza les diferències i desigualtats de gènere en les condicions de vida i l'estat de salut de les persones de 25 a 64 anys residents a Barcelona, fet a partir de l'Enquesta de Salut de l'any 2000.

Disposar d'aquestes dades permet millorar la gestió dels recursos i programar-los adequadament. Però també són una eina útil per a d'altres administracions, professionals del sector o persones interessades en disposar d'aquest tipus d'informació.

Cal agrair la feina feta per l'Agència de Salut Pública de Barcelona i l'Observatori Barcelona d'elaboració i difusió de l'estat de la nostra salut.



Joan Clos i Matheu  
Alcalde de Barcelona





L'estudi de la realitat ens mostra clarament que hi ha diferències en el procés d'emmalaltir i en la mortalitat de dones i homes. Però, com en moltes altres ciències, les dones han estat invisibles per a la medicina. Així, fins fa poques dècades, la majoria de les investigacions, tant de les malalties com de les fisiopatologies, han comptat exclusivament amb l'home com a subjecte referent, a excepció dels trastorns de salut relacionats amb la reproducció. Però les diferències biològiques entre ambdós sexes van més enllà de les reproductives (diferències genètiques, hormonals i metabòliques), la qual cosa juga un paper important en els distints patrons de salut i malaltia entre les dones i els homes.

Però, com queda clar a través de l'estudi que us presentem, resultat de l'explotació de les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2000, les diferències biològiques no ho expliquen tot. Els determinants socials, les diferències de gènere, són també importants factors d'incidència en l'estat de salut de dones i homes.

Així, la majoria dels indicadors de salut són més desfavorables per a les dones, però les dones viuen més que els homes. El model que cal utilitzar per comprendre la salut de les dones es basa en la interrelació dels aspectes biològics, amb els trets psicològics i culturals, les demandes socials i el suport rebut. Com diu la Dra. Carme Valls, hi ha un desequilibri entre les exigències i demandes socials que reben les dones (doble presència) i els recursos de què disposen per cobrir-los (discriminació laboral, dificultat i precarietat del treball remunerat, feines amb poca autonomia i possibilitat de control, escassa responsabilitat dintre la llar...).

Aquesta publicació ens explica també la importància de l'impacte del gènere en l'estat de salut mas-

culina, fet que fins fa ben poc no s'havia tingut en compte. A més a més dels riscos associats a l'activitat laboral, les normes de comportament masculí impliquen riscos per a la salut, la qual cosa pot conduir-los a una mort prematura.

L'objectiu de l'informe es basa essencialment a analitzar les diferències i desigualtats de gènere en les condicions de vida i estat de salut entre les persones de 25 a 64 anys residents a la ciutat de Barcelona. En aquest, com en gairebé tots els aspectes que configuren la realitat de la nostra ciutat, cal tenir en compte les diferents formes de viure i les oportunitats desiguals de les persones que la integren. La salut és un dret humà que ha d'estar a l'abast de totes les persones. Els drets de la salut de les dones són drets humans i per garantir-los és imprescindible el coneixement i la participació de tota la xarxa social respecte als serveis de salut i benestar. Només d'aquesta manera aconseguirem que aquests serveis reflecteixin més les necessitats de la població en la seva organització i, consegüentment, una atenció més satisfactòria.



Núria Carrera i Comes  
Cinquena tinenta d'alcalde i presidenta  
de la Comissió de Benestar Social



Lourdes Muñoz i Santamaria  
Regidora ponent de Política de la Dona

1. Antecedents	Pàg. 11
.....	.....
1.1. Presentació	12
1.2. Marc teòric	12
2. Objectius	17
.....	.....
3. Mètodes	21
.....	.....
3.1. Dades	22
3.2. Eixos de desigualtat	22
3.3. Condicions de vida	22
3.4. Estat de salut	23
3.5. Comportaments relacionats amb la salut	24
4. Resultats	27
.....	.....
4.1. Descripció general	28
4.2. La salut, els rols laborals i els rols familiars	62
4.3. La combinació de la vida laboral i la familiar en persones que viuen en parella	72
4.4. Les dones ocupades i les mestresses de casa	86
4.5. Les dones responsables de llars monoparentals	98
4.6. Les persones que viuen soles	103
4.7. La Barcelona del 92, la Barcelona de 2000	114
5. Conclusions	121
.....	.....
6. Annex	125
.....	.....



## 1. Antecedents

## 1.1. Presentació

Les enquestes de salut són un complement d'altres sistemes d'informació sanitària clàssics com ara les estadístiques de mortalitat o les altes hospitalàries. Les limitacions més importants d'aquestes dues últimes fonts són que només reflecteixen els trastorns de salut que duen a la mort o que han requerit atenció mèdica i no d'altres relacionats amb la qualitat de vida. Les enquestes són l'instrument d'elecció per obtenir informació sobre aquest darrer aspecte, sobre fenòmens subjectius, hàbits relacionats amb la salut o sobre pràctiques preventives, així com també per conèixer els seus determinants.

L'Enquesta de Salut de Barcelona de 2000 en la qual es recullen dades sanitàries com l'estat de salut, els hàbits relacionats o la utilització de serveis sanitaris, així com també les condicions de vida de l'àmbit laboral i del familiar, permet aprofundir en els determinants socials de la salut i dels comportaments d'homes i dones i plantejar estratègies específiques de prevenció. Aquest és l'objectiu del present estudi, que es restringeix a la població de Barcelona de 25 a 64 anys, persones en plena edat productiva i d'assumpció de responsabilitats familiars.

En primer lloc, es presentarà breument el marc teòric sobre la relació entre la salut i el gènere. Se seguirà amb els objectius i la metodologia emprada en l'anàlisi. El quart capítol són els resultats, que s'han estructurat en quatre subcapítols. A la primera part d'aquest capítol, es presenten les característiques generals de la població de Barcelona, tant sociodemogràfiques com sanitàries, segons el sexe i l'edat. A la segona part, s'analitza la relació de l'estat de salut amb el gènere, els rols laborals i els familiars. A les següents seccions s'analitzen en profunditat quatre

temes: les diferències de gènere lligades a la combinació de la vida laboral i familiar (tercera secció), les diferències entre les dones ocupades i les mestresses de casa (quarta secció), les dones responsables de llars monoparentals (cinquena secció) i les persones que viuen soles (sisena secció). Tanca el capítol de resultats una secció que compara els trets principals d'aquesta població amb els que tenien les persones d'aquest grup d'edat l'any 1992, any en què es va realitzar la darrera enquesta de salut a la ciutat. Finalment, el cinquè, és el capítol de conclusions.

## 1.2. Marc teòric

Les dones viuen més anys –a Barcelona vuit més que els homes– però el seu estat de salut és pitjor que el dels homes. Aquesta paradoxa ha estat l'eix de la recerca de gènere –que no de sexe– i salut durant les tres últimes dècades. Parlar de diferències de gènere en salut significa reconèixer que més enllà de les diferències biològiques entre els dos sexes, que òbviament expliquen diferències en salut, hi ha condicionants socials estretament associats amb el sexe, com ara la situació laboral, els rols familiars o la classe social, que són responsables de les diferències entre homes i dones en l'estat de salut <sup>2</sup>.

Fins fa aproximadament 25 anys, la recerca sobre la salut de les dones era pràcticament inexistent. S'assumia que, excepció feta dels trastorns de salut relacionats amb la reproducció, els problemes de salut de les dones, les seves necessitats i solucions eren essencialment els mateixos que els dels homes. Estudis realitzats en les tres últimes dècades posen en evidència que les diferents posicions socials d'homes i dones determinen en gran manera el pitjor estat de salut de les dones.<sup>3 4 5</sup> Malgrat en ocasions s'ha atribuït aquest fet a les diferències

biològiques entre ambdós sexes, el diferent comportament en l'ús de serveis sanitaris o en la verbalització dels problemes de salut, cada vegada és més clar que el pitjor estat de salut de les dones s'explica en bona part per uns rols socials determinats pel sexe, més desfavorables per a elles.<sup>6</sup>

No obstant, malgrat que els homes tenen la major part dels determinants socials al seu favor, ells tenen taxes de mortalitat més altes per a les causes de mort més freqüents<sup>7</sup>; pateixen més sovint problemes de salut potencialment mortals com ara trastorns cardíacs, diabetis, alcoholisme, úlceres duodenals o càncer de pulmó; mentre que entre les dones, la incidència de trastorns depressius, de l'alimentació i musculoesquelètics són superiors, trastorns que no maten però que no «deixen viure».<sup>8</sup>

### 1.2.1. Diferències de sexe

Davant a la línia tradicional de recerca de les desigualtats de gènere en salut que posa l'accent en les posicions desfavorables de les dones i el seu impacte en salut, recentment ha emergit la preocupació per l'efecte del gènere, de la masculinitat en l'estat de salut dels homes.<sup>9,10</sup> Entendre la paradoxa de la major longevitat de les dones i el millor estat de salut dels homes requereix una millor comprensió de l'impacte del sexe i del gènere en l'estat de salut, el que facilitarà el desenvolupament de polítiques adaptades a les necessitats d'homes i dones.

Les diferències en els sistemes reproductius

dels homes i de les dones són parcialment responsables de les desigualtats en salut entre els dos sexes. La millora dels serveis de planificació familiar i d'assistència obstètrica ha tingut una gran repercussió en la salut de les dones, si bé, encara arreu del món al voltant de mig milió de dones moren com a conseqüència directa de l'embaràs i del part, i un nombre 10 vegades superior queda amb greus seqüeles.<sup>11</sup>

Però les diferències biològiques entre ambdós sexes van més enllà de les reproductives. Un ampli ventall de diferències genètiques, hormonals i metabòliques juguen un paper important en els distints patrons de salut i malaltia de les dones i els homes. Malalties específiques de cada sexe com el càncer de coll uterí o de pròstata són l'exemple més obvi. Però hi ha també diferències de sexe en la vulnerabilitat, símptomes i pronòstic de diversos problemes de salut com per exemple la SIDA, la tuberculosi, les malalties autoimmunes o la malaltia coronària, entre d'altres. Una de les més importants diferències de sexe en salut és la major propensió biològica dels homes a patir problemes cardíacs en edats joves.

Evidentment si les polítiques sanitàries volen atendre amb èxit les necessitats de salut dels homes i de les dones han de tenir en compte aquestes diferències de sexe en la planificació i provisió de l'assistència sanitària. Però les diferències biològiques només expliquen part dels diferents patrons de salut i malaltia de les dones i els homes. Un estudi recent evidenciava que no existeix cap societat en què les dones siguin tractades igual que els homes, el que

<sup>3</sup>Lahelma E, Arber S. Health inequalities among men and women in contrasting welfare states. Britain and three Nordic countries compared. *European J Public Health* 1994; 4: 213-226.

<sup>4</sup>Arber S, Lahelma E. Inequalities in women's and men's ill health: Britain and Finland compared. *Soc Sci Med* 1993; 37: 1055-1068.

<sup>5</sup>Popay J, Bartley M, Owen C. Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor morbidity. *Soc Sci Med* 1993; 36: 21-32.

<sup>6</sup>Lennon MC. Work conditions as explanations for the relation between socioeconomic status, gender, and psychological disorders. *Epidemiol Rev* 1995; 120-7.

<sup>7</sup>Mathers C, Sadana R, Salomon J, Murray C, LA. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet* 2001; 323: 1685-1691.

<sup>8</sup>Kraemer S. The fragile male. *BMJ* 2000; 1609-1612.

<sup>9</sup>Siegfried M, Jadad A. The future of men and their health. *BMJ* 2001; 323: 1013-1014.

<sup>10</sup>Baker P. The international men's health movement has grown to the stage that it can start to influence international bodies. *BMJ* 2001; 323: 1014-1014.

<sup>11</sup>World Health Organisation. Global estimates of maternal mortality for 1995: results of in-depth review, analysis and estimation strategy. Geneva: WHO, 1994.

inevitablement es tradueix que els determinants socials de la seva salut són diferents.<sup>12</sup> Aquestes diferències de gènere, socialment construïdes, són també importants determinants de l'estat de salut d'unes i dels altres. Les analitzarem al llarg d'aquest informe.

### 1.2.2. Diferències de gènere

La massiva entrada de les dones en el mercat laboral durant les dècades passades ha tingut lloc en un entorn de desigualtats i contrastos persistents: contrast entre l'augment de dones amb una feina remunerada, mentre es manté la divisió sexual del treball que dicta que, encara que elles tinguin una feina pagada, continuen assumint la major part de les responsabilitats familiars;<sup>13</sup> contrast entre la major progressió de les dones en els nivells de formació i la seva menor representació en llocs de responsabilitat; contrast entre la progressió d'iniciatives polítiques adreçades a reduir les desigualtats socials d'homes i dones i la persistent desigualtat salarial entre els dos sexes.

Arreu d'Europa les desigualtats continuen, sense senyals de desaparèixer espontàniament, en les àrees següents: la concentració de les dones en sectors d'activitat limitats i determinades feines, la menor representació de les dones en les escales més altes de la jerarquia professional, la sobre representació de les dones en els treballs precaris, les desigualtats salarials entre els homes i les dones i la desigualtat quotidiana en l'àmbit privat en la distribució de les responsabilitats familiars. Aquesta situació qüestiona l'efectivitat i l'eficiència de les polítiques de treball i de les d'igualtat d'oportunitats.

Fins ara, s'ha posat poca atenció en l'impacte del gènere en l'estat de salut dels homes, però la situació està canviant a mesura que creix l'evidència de la relació entre la masculinitat i l'estat de salut. A través de les cultures, la identitat masculina es caracteritza per la presa de riscos. Per exemple, en el mercat laboral actual els homes treballen en les ocupacions amb major risc d'accidents. Però a més a més dels riscos associats a l'activitat laboral, les normes de comportament masculí impliquen riscos per a la salut. Els homes tenen taxes més altes de mortalitat per accidents de trànsit o esportius i, si bé els patrons de gènere estan canviant, en la majoria de les societats els homes fumen i beuen més alcohol que les dones, el que incrementa el seu risc de patir trastorns cardíacs o càncers que poden conduir-los a una mort prematura.

A més a més, les implicacions de la masculinitat per a la salut mental estan rebent atenció creixent. La necessitat de ser «dur», per exemple, fa que molts barons no desenvolupin el seu potencial emocional o es neguin a reconèixer les seves debilitats, el que es pot traduir en no usar els serveis sanitaris quan els necessiten o no prestar atenció als missatges de promoció de la salut.<sup>14</sup>

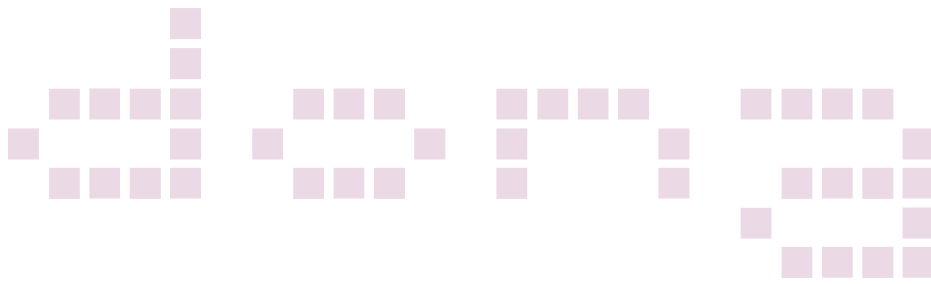
Les persones que tenen entre 25 i 64 anys són en plena edat productiva i d'assumir responsabilitats familiars. La present edició de l'Enquesta de Salut de Barcelona incorpora noves preguntes sobre les condicions de vida i de treball que permeten saber més sobre les diferències de gènere a la ciutat.<sup>15</sup> Analitzem en aquest grup d'edat les diferents condicions de vida dels homes i les dones a Barcelona i el seu impacte en la salut.

<sup>12</sup>Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. BMJ 2001; 323: 1061-1063.

<sup>13</sup>Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the role of family demands. J Epidemiol Comm Health 2001; 55: 639-647.

<sup>14</sup>Griffiths S. Men's health: Unhealthy lifestyles and an unwillingness to seek medical help. BMJ 1996; 312: 69-70.

<sup>15</sup>Rohlfs I, Borrell C, Anitua C et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gac Sanit 2000; 14: 146-54.





ENQUESTA DE SALUT DE BARCELONA 2000. La població de  
població de 25 a 64 anys. ENQUESTA DE SALUT DE BARC  
ALUT DE BARCELONA 2000. La població de 25 a 64 anys  
a 64 anys. ENQUESTA DE SALUT DE BARCELONA 2000. L  
LONA 2000. La població de 25 a 64 anys. ENQUESTA DE  
ENQUESTA DE SALUT DE BARCELONA 2000. La població de

## 2. Objectius

- Analitzar les diferències i desigualtats de gènere en les condicions de vida de les persones de 25 a 64 anys residents a Barcelona.

- Analitzar les diferències i desigualtats de gènere en l'estat de salut de les persones de 25 a 64

anys residents a Barcelona.

- Analitzar en profunditat les diferències de gènere en el significat i la relació amb l'estat de salut d'algunes estructures familiars per a les persones de 25 a 64 anys residents a Barcelona.



ENQUESTA DE SALUT DE BARCELONA 2000. La població de  
població de 25 a 64 anys. ENQUESTA DE SALUT DE BARC  
ALUT DE BARCELONA 2000. La població de 25 a 64 anys  
a 64 anys. ENQUESTA DE SALUT DE BARCELONA 2000. L  
ELONA 2000. La població de 25 a 64 anys. ENQUESTA DE  
ENQUESTA DE SALUT DE BARCELONA 2000. La població de

### 3. Mètodes

### 3.1. Dades

Les dades procedeixen de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000 (ESB2000). L'ESB2000 és una enquesta per entrevista feta a una mostra representativa de la població no institucionalitzada de la ciutat de Barcelona. Es van entrevistar 10.000 persones, 1.000 per cada districte, el que permet conèixer la situació en aquest àmbit geogràfic. En aquest informe s'analitza la situació de les persones de 25 a 64 anys.

### 3.2. Eixos de desigualtat

S'analitzen les condicions de vida i l'estat de salut segons tres eixos de desigualtat:

- Sexe. Com ja s'ha comentat, dones i homes són socialitzats de manera diferent i ocupem, i s'espera que ocupin, diferents posicions socials, el que determina diferents oportunitats de viure, exposicions diferents que determinen de forma diferent i desigual l'estat de salut d'homes i dones.
- Classe social. La classe social, obtinguda bàsicament a partir de l'ocupació, és un determinant important de la salut. És conegut que les persones de classes menys privilegiades presenten un estat de salut més dolent i unes conductes relacionades amb la salut que comporten més risc que les persones que pertanyen a la classe social mitjana o alta. S'ha assignat a cada persona la classe social basada en l'ocupació a partir de l'ocupació actual o anterior de la persona entrevistada; en el cas de les persones que no han treballat mai s'ha assignat la del/la cap de família. Les classes obtingudes així són:
  - Classe I. Directius i directives de l'administració i d'empreses amb més de 10 assalariats. Professions associades a titulacions de segon i tercer cicle.
  - Classe II. Directius i directives d'empreses amb

menys de 10 treballadors. Professions associades a titulacions de primer cicle universitari. Artístiques i esportistes.

- Classe III. Treballadors i treballadores de tipus administratiu, personal dels serveis de protecció i seguretat, treballadors i treballadores per compte propi, personal de supervisió de treballadors i treballadores manuals.
- Classe IVa. Personal manual qualificat.
- Classe IVb. Personal manual semi-qualificat.
- Classe V. Personal no qualificat.

- Districte de residència. El context o ambient social on viuen les persones està relacionat amb el seu estat de salut: bé sigui determinant diferents exposicions ambientals, bé sigui facilitant o no l'accés als diversos recursos sanitaris, bé sigui a través d'altres mecanismes determinants de la salut. A Barcelona, com a les altres gran ciutats, hi ha desigualtats en salut entre diferents àmbits territorials i en aquest informe es presenta l'anàlisi segons els deu districtes municipals:

- I. Ciutat Vella
- II. L'Eixample
- III. Sants-Montjuïc
- IV. Les Corts
- V. Sarrià-Sant Gervasi
- VI. Gràcia
- VII. Horta-Guinardó
- VIII. Nou Barris
- IX. Sant Andreu
- X. Sant Martí

### 3.3. Condicions de vida

#### 3.3.1. Situació laboral

La situació laboral es recull amb una pregunta



amb nou categories de resposta: treballa, treballa però té una baixa de més de 3 mesos, es troba en atur amb subsidi, es troba en atur sense subsidi, jubilat/da, mestressa de casa, estudiant, incapacitat o invalidesa permanent i altra situació.

### 3.3.2. Característiques del treball remunerat

- Qualificació del treball. Es recull a través de la classe social basada en l'ocupació definida abans. La classe social és una aproximació als recursos materials de la persona, però en el cas dels treballadors i treballadores també ho és a la qualificació del treball, superior en les classes socials més benestants.
- Ocupació de càrrecs de comandament.
- Nombre d'hores de treball remunerat a la setmana.
- Tipus de relació laboral: treballa amb contracte fix, treballa amb contracte temporal, treballa sense contracte, autònoms/empresaris/professionals liberals.

### 3.3.3. Característiques de la unitat familiar

- Estat civil o de convivència: solter/a, casat/da o viu en parella i separat/da o divorciat/da o vidu/vídua.
- Càrrega de treball domèstic en les persones que tenen la responsabilitat principal en la unitat familiar
- Nombre de persones a la llar.
- Convivència amb criatures de 0 a 3 anys.
- Convivència amb menors de 15 anys.
- Convivència amb majors de 65 anys.
- Convivència amb discapacitats.
- Persona contractada per a les feines de la llar.
- Nombre d'hores de treball domèstic setmanal.
- Estructures familiars que s'analitzen amb més profunditat en aquest informe:

- Combinació de la vida laboral i familiar.
- La situació de les mestresses de casa en comparació amb les dones ocupades
- Les dones que viuen en llars monoparentals (dones que només viuen amb fills)
- Les persones que viuen soles

## 3.4. Estat de salut

### 3.4.1. Estat de salut percebut

Aquest és un indicador general de salut relacionat amb el benestar, que ha demostrat ser un bon predictor de mortalitat, millor que el diagnòstic mèdic, del qual s'han documentat biaixos segons sexe, raça, classe social i aparença física.<sup>16</sup> La variable original amb cinc categories ha estat posteriorment dicotomitzada i ha passat a considerar-se com a bon estat de salut les categories «molt bo» i «bo» i com a dolent la resta (regular, dolent i molt dolent).<sup>17</sup>

### 3.4.2. Estat de salut mental

L'estat de salut mental s'ha mesurat amb el *General Health Questionnaire* de 12 ítems. Aquest instrument detecta dos tipus de trastorns, la incapacitat per seguir desenvolupant amb normalitat les activitats d'un individu «sa» i els fenòmens de nova aparició de naturalesa ansiògena. Ha estat recomanat per ser emprat en estudis basats en l'ocupació i ha demostrat detectar diferències associades al gènere i a la situació laboral.<sup>18</sup> L'ESB2000 és la primera enquesta de salut de Barcelona que incorpora la mesura de la salut mental.

L'anàlisi de les desigualtats de gènere en salut s'ha centrat sobretot en aquests dos indicadors però

<sup>16</sup> Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.

<sup>17</sup> Manor O, Matthews S, Power C. Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class. *Int J Epidemiol* 2000; 29: 149-57.

<sup>18</sup> Banks MH, Clegg CW, Jackson PR, et al. The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *J Occup Health* 1980; 53: 187-94.



a més s'aporta informació sobre altres dos, els trastorns crònics i la limitació crònica de l'activitat.

### 3.4.3. Trastorns crònics de salut

La presència de trastorns crònics és considerada un indicador objectiu de salut, tant si es tracta de diagnòstics resultats d'avaluacions clíniques, com també en el cas del relat subjectiu d'aquestes malalties. Els trastorns crònics recollits a l'ESB2000 són: al·lèrgies, artrosi o reumatisme, bronquitis crònica, asma, diabetis, migranya, trastorns de pròstata, mal d'esquena (lumbar) crònic, dolor cervical, mala circulació, trastorns cardíacs, morenes, embòlia/atac de feridura, varices a les cames, cataractes, angina de pit/infart, pressió arterial alta, úlcera d'estómac o de duodè, restrenyiment crònic, problemes de visió i problemes d'audició.

### 3.4.4. Limitació crònica de l'activitat en el darrer any

La restricció de l'activitat permanent es considera com la limitació secundària a qualsevol tipus de problema crònic que produeix seqüeles o limitacions de llarga durada. Aquesta mesura intenta valorar la capacitat de realitzar activitats normals per persones amb un bon estat de salut físic i ens permet identificar les necessitats de serveis sanitaris de la població i les repercussions de la gravetat de diferents malalties.

### 3.4.5. Lesions per accidents

Es presenten dades d'accidents globalment i, a més a més, els laborals per separat. El baix nombre d'accidents no permet una anàlisi en profunditat.

### 3.4.6. Visites mèdiques en els últims 15 dies

Tot i que es presentaran les prevalences de

tots els indicadors de salut esmentats, les diferències de gènere i la relació amb les condicions de vida es restringirà als dos indicadors de salut més sòlids: l'estat de salut percebut i l'estat de salut mental.

## 3.5. Comportaments relacionats amb la salut

### 3.5.1. Tabaquisme

La relació entre el consum de tabac i la mortalitat ha estat un tema àmpliament estudiat i s'ha destacat el tabaquisme com una de les més importants causes de mortalitat prematura. La validesa de l'auto-declaració del consum de tabac ha estat provada en comparació amb diversos estàndards, com són diferents marcadors bioquímics o el volum de vendes de tabac.

### 3.5.2. Exercici físic en el temps de lleure

L'activitat física, un dels components per assolir un estil de vida saludable, s'ha mesurat comptabilitzant les respostes positives a la pregunta «Durant els darrers 15 dies ha realitzat algun tipus d'activitat física o esportiva en el seu temps lliure (com ara ioga, *footing*, futbol, esquí, caça, pesca, jardineria, dansa, etc.)?».

### 3.5.3. Sobrepès

L'obesitat és un dels principals problemes de salut pública, associat a diversos trastorns crònics com la hipertensió, la diabetis mellitus i les malalties cardiovasculars. A més a més, comporta limitacions funcionals en les activitats quotidianes. Un índex de massa corporal ( $IMC = kg/m^2$ ) d'entre 25 i 30  $kg/m^2$  es defineix com sobrepès i els valors superiors a 30  $kg/m^2$  com

obesitat. En aquest informe s'utilitza el terme sobrepès per a IMC iguals o superiors a 25 kg/m<sup>2</sup>.

### 3.4.5. Hores de son

Les variables relacionades amb l'ús del temps són utilitzades per conèixer aspectes de la vida diària de les persones amb impacte sobre la seva salut. En general, una persona adulta necessita entre 7 i 9 hores diàries de son per recuperar-se i reposar tant físicament com emocional. Un altre

aspecte a tenir en compte és que la son pot alterar-se per problemes de salut físics o psíquics.

### 3.4.6. Consum de tranquil·litzants en els darrers 30 dies

El ritme de vida actual pot afavorir el consum de fàrmacs ansiolítics, antidepressius o somnífers. Com amb l'estat de salut mental, l'ESB2000 és la primera enquesta de salut a Barcelona en la que es recull específicament el consum de tranquil·litzants.





## 4. Resultats

## 4.1. Descripció general

### 4.1.1. Característiques sociolaborals

La població que té entre 25 i 64 anys representa aproximadament la meitat del total de Barcelona; el 26% restant té menys de 25 anys i el 21% més de 64. A partir d'ara els resultats es refereixen a les persones entre 25 i 64 anys, el 52% de les quals són dones. Es descriuen les diferències de gènere en el nivell d'estudis, la classe social i la situació laboral i se separa l'anàlisi el segons grup d'edat: persones de 25 a 44 anys i de 45 a 64 anys.

A grans trets, el nivell d'estudis i la classe social són més baixos entre les dones, però les diferències de gènere són significativament més altes entre els més grans. També hi ha diferències pel que fa a la situació laboral, amb més homes en el mercat laboral i més dones mestresses de casa. Igualment,

les diferències són més accentuades entre les persones més grans.

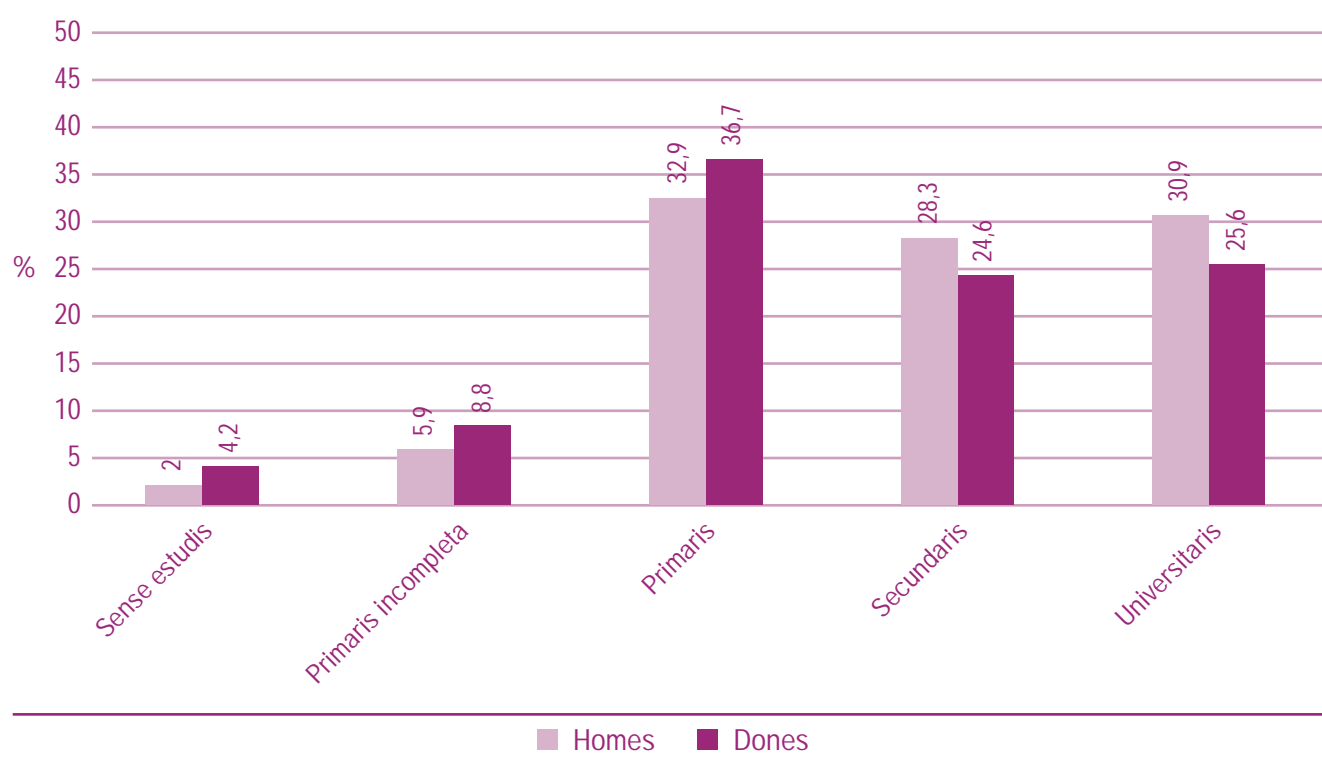
#### El nivell d'estudis

Com es pot veure al gràfic 4.1., el nivell d'estudis és superior en els homes. Hi ha més dones sense estudis i més homes amb estudis universitaris.

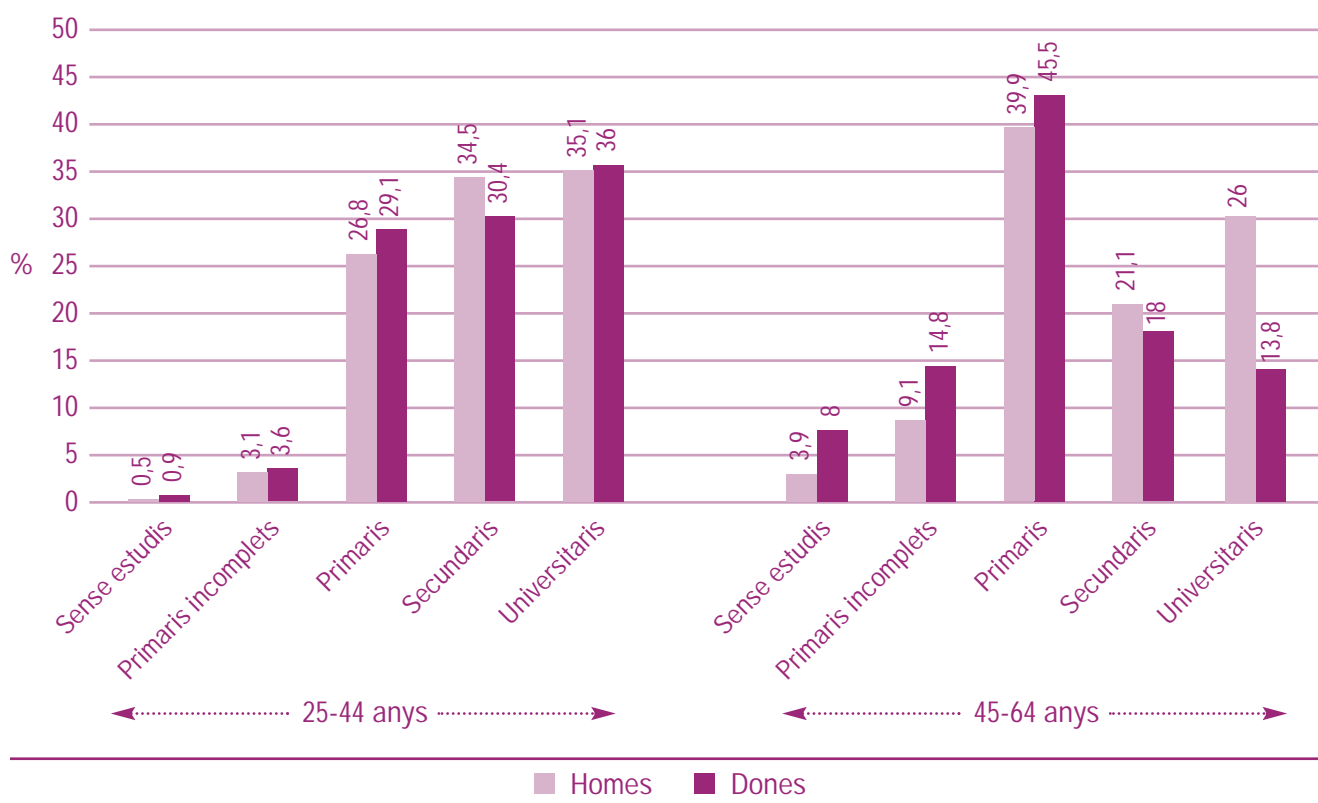
Aquestes diferències de gènere en el nivell d'estudis estan molt lligades a l'edat: si entre els menors de 45 anys no s'observen diferències de gènere, entre els majors d'aquesta edat el nivell d'estudis és superior en homes (gràfic 4.2.).

Als dos gràfics següents es mostren les diferències en el nivell d'estudis dels homes i les dones segons el districte de residència. Hi ha desigualtats marcades: destaquen en la franja superior els districtes de Sarrià-Sant-Gervasi i Les Corts, amb la meitat

Gràfic 4.1. Nivell d'estudis segons sexe (%)



Gràfic 4.2. Nivell d'estudis segons sexe i grup d'edat (%)



de les dones i un percentatge encara més alt dels homes amb estudis universitaris; mentre que a l'altre extrem se situen Ciutat Vella, Nou Barris, Sant Andreu i Sant Martí. En tot cas, les diferències de gènere es mantenen en tots els districtes (gràfics 4.3. i 4.4.).

### La classe social

El patró de classe social basada en l'ocupació és similar al del nivell d'estudis però hi ha matisos que inviten a la reflexió quan s'analitzen les diferències en diferents grups d'edat. Com s'observa en el gràfic 4.5, la proporció d'homes en la classe I és més alta que la de dones, mentre que la proporció de dones en la classe V, la més desfavorida, és superior a la d'homes.

A diferència del que succeeix amb el nivell d'estudis, les diferències de gènere no desapareixen

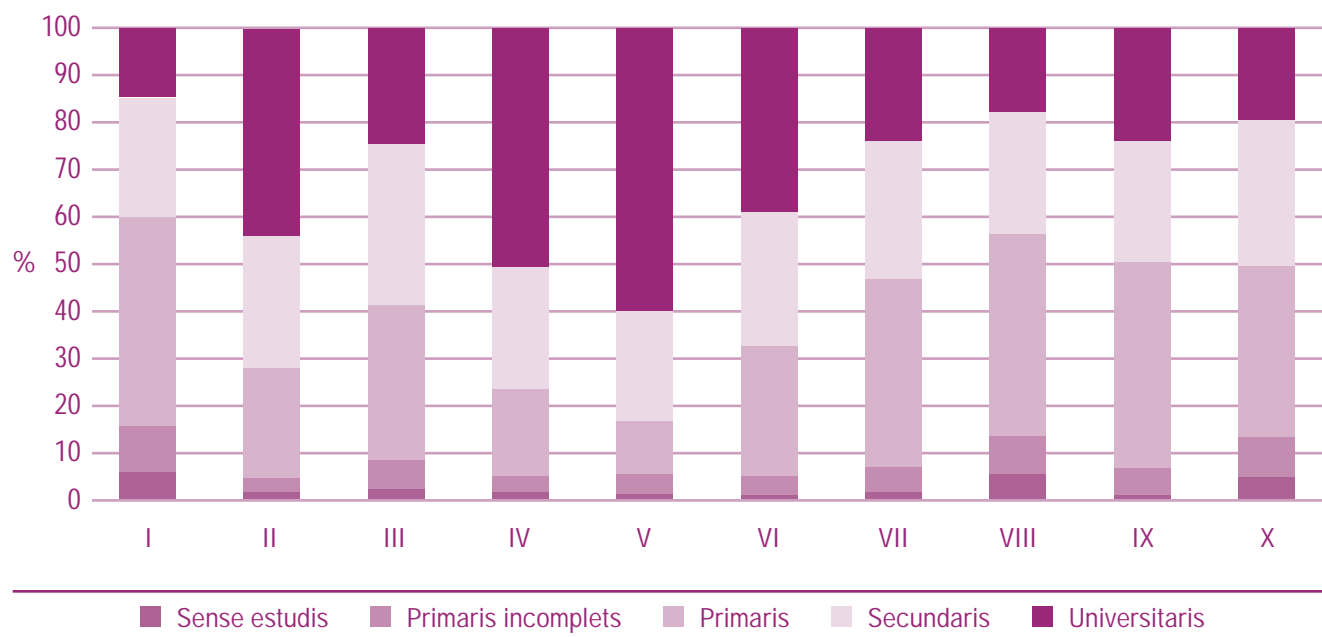
entre els més joves, si bé són menys accentuades que entre els més grans. És a dir, tot i que les dones en els últims anys han aconseguit igualar-se amb els homes en el nivell de formació, la seva posició social continua sent inferior (gràfic 4.6.).

Les diferències en el nivell d'estudis entre districtes es tornen a reproduir en analitzar la classe social basada en l'ocupació. En ambdós sexes els districtes amb major proporció de persones en la classe social més privilegiada són Sarrià-Sant Gervasi i Les Corts (gràfic 4.7. i gràfic 4.8.). Destaca l'alta proporció de dones de classe social V als districtes de Ciutat Vella, Nou Barris i Horta-Guinardó.

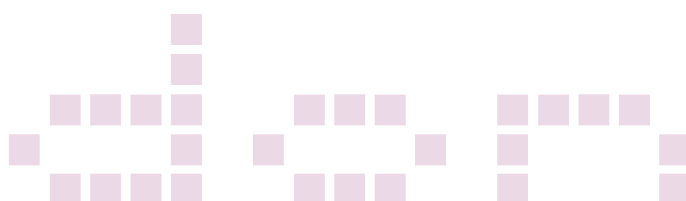
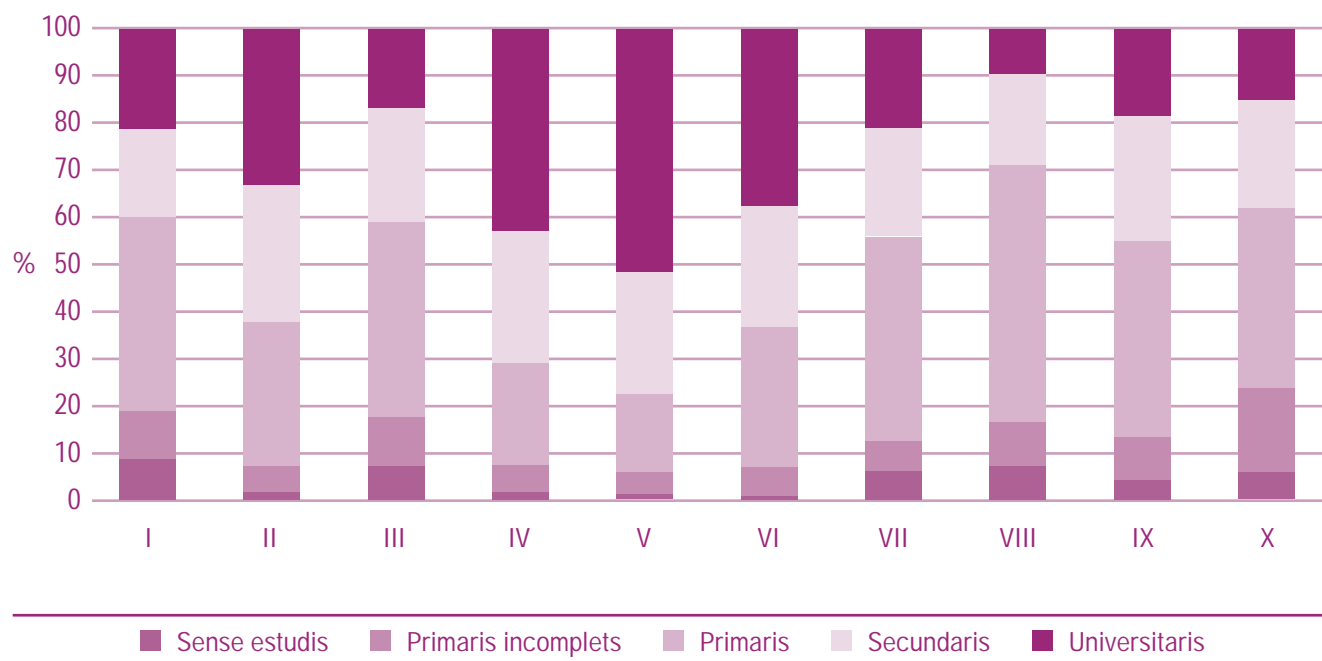
### La situació laboral

La situació laboral dels homes i les dones és

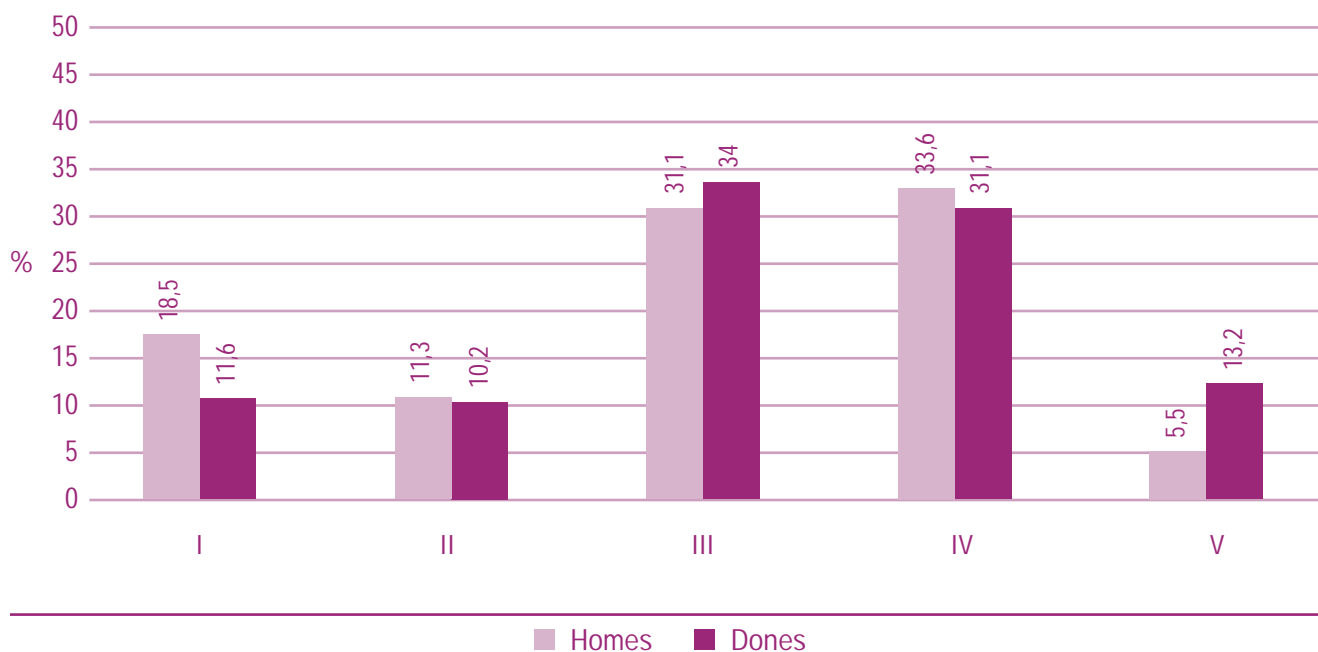
Gràfic 4.3. Nivell d'estudis segons sexe i grup d'edat (%)



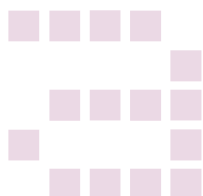
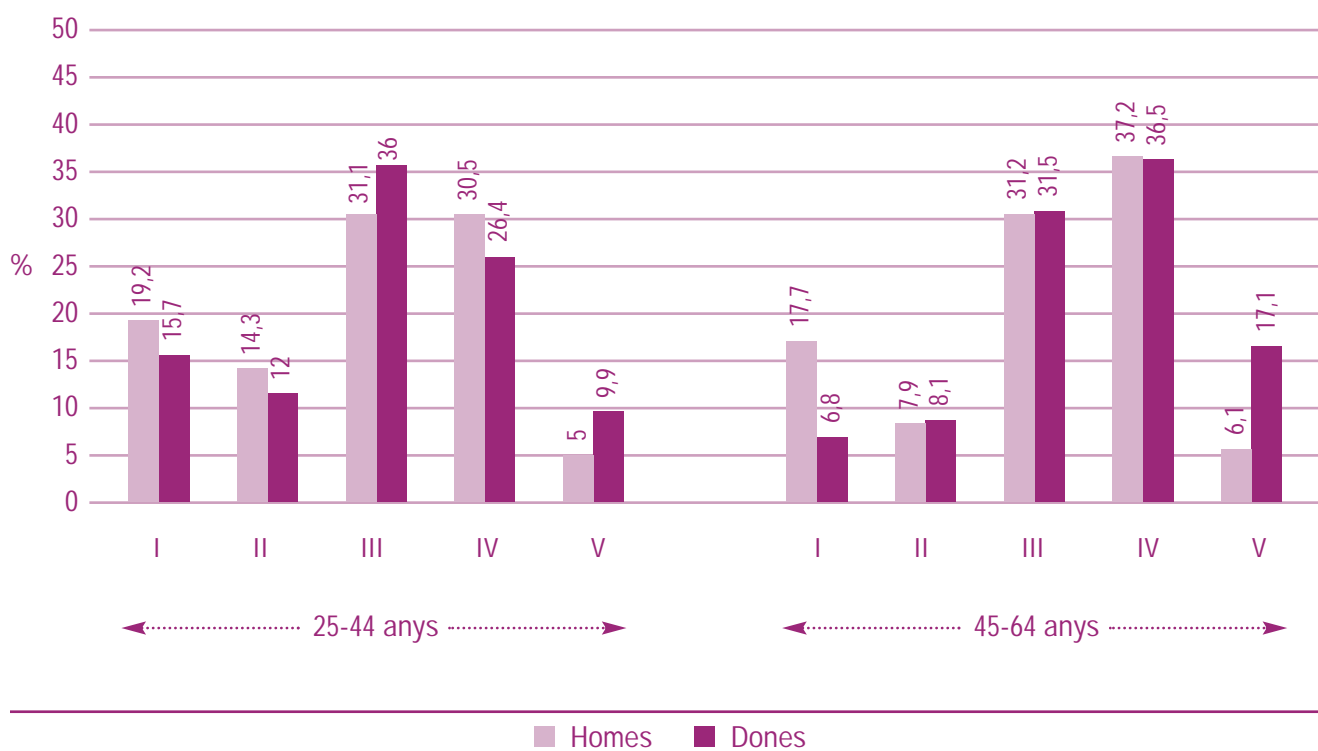
Gràfic 4.4. Nivell d'estudis en dones segons districte de residència (%)



Gràfic 4.5. Classe social segons sexe (%)

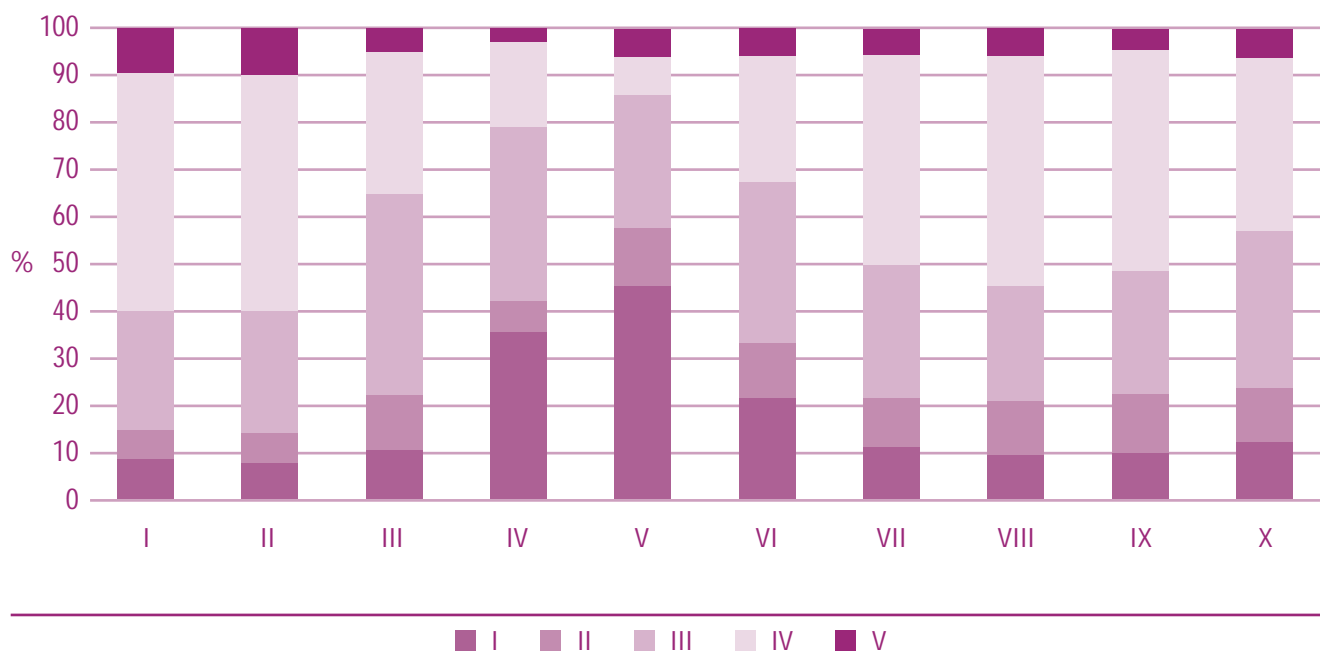


Gràfic 4.6. Classe social segons sexe i grup d'edat (%)

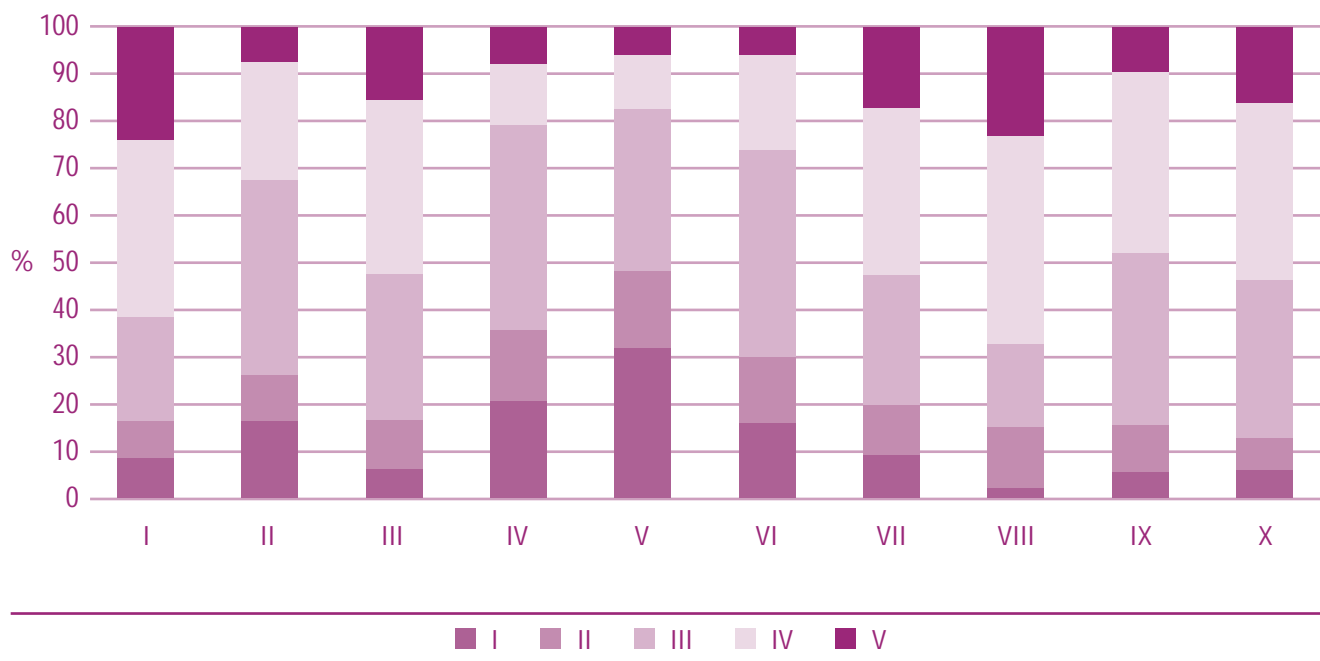




**Gràfic 4.7. Classe social segons districte de residència en homes (%)**



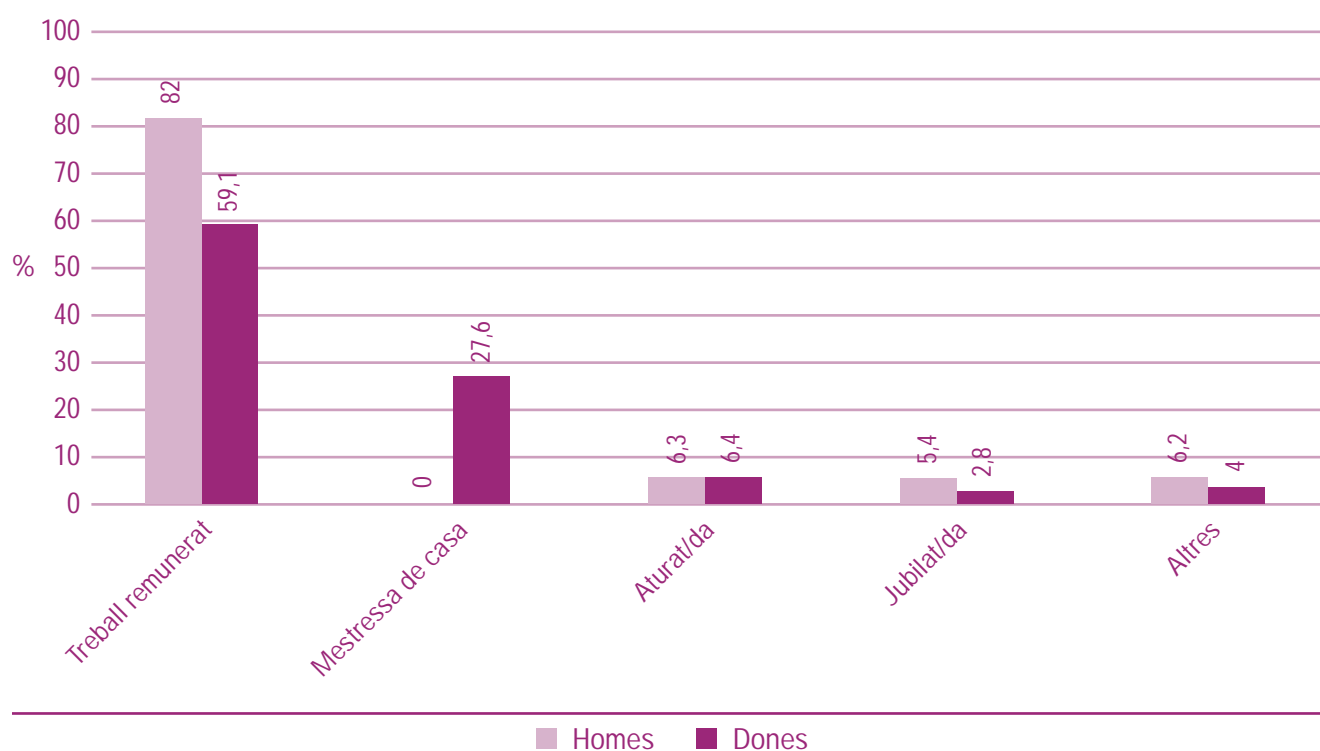
**Gràfic 4.8. Classe social segons districte de residència en dones (%)**



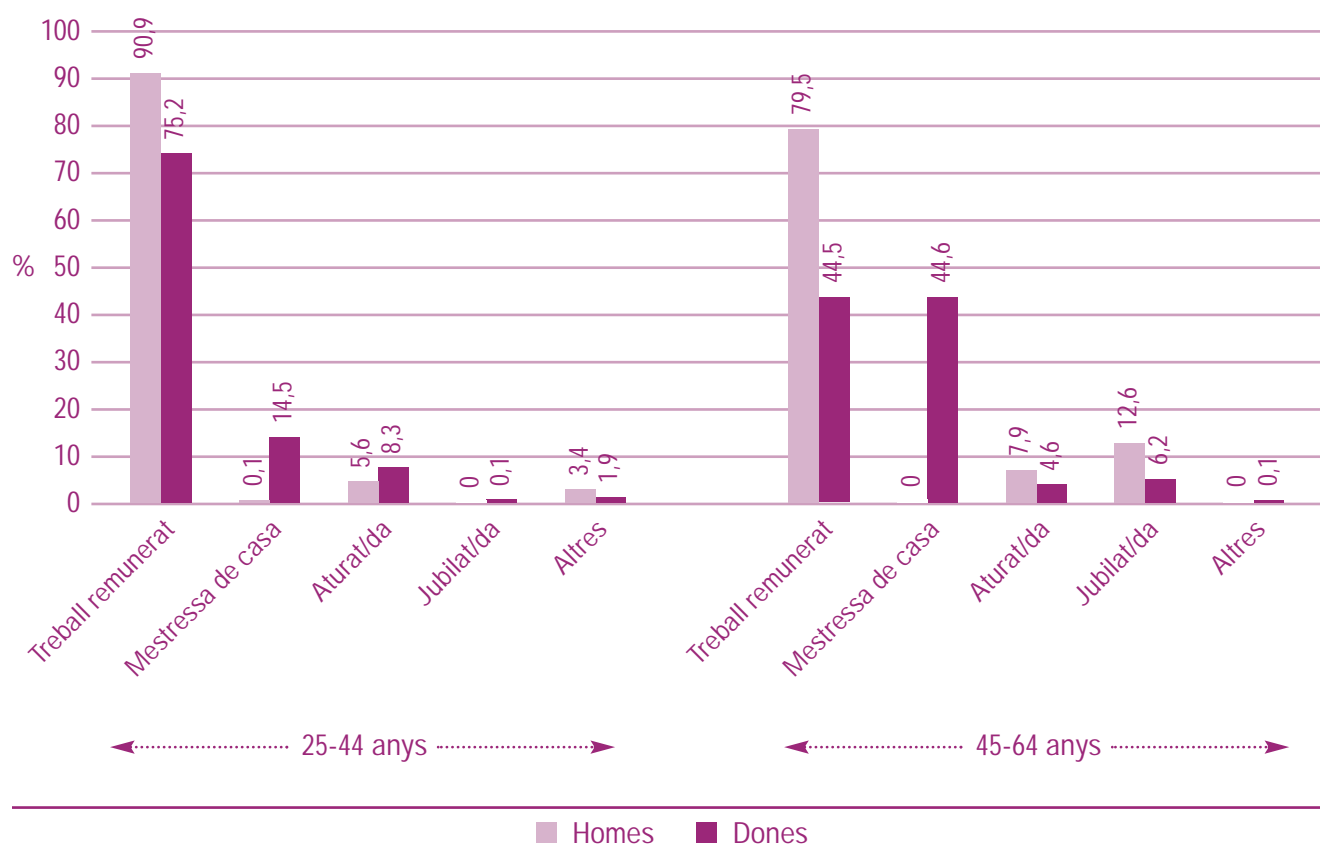
molt diferent (gràfic 4.9.). Gairebé tots els homes són població activa –estan ocupats o aturats– mentre que entre les dones ho són només les dues tercers parts. El 28% de les dones es defineixen com mestresses de casa; no hi ha cap home en aquesta situació.

Com succeïa amb el nivell d'estudis i la classe social, les diferències de gènere en la situació laboral són més accentuades entre les persones més grans (gràfic 4.10.). Destaca l'alt percentatge de dones joves al mercat laboral. Mentre entre les majors de 44 anys,

Gràfic 4.9. Situació laboral segons sexe (%)



Gràfic 4.10. Situació laboral segons sexe i grup d'edat (%)



el 45% es defineixen com mestresses de casa, entre les de 25 a 44 anys ho és només el 15%. Aquestes diferències s'expliquen tant pel canvi sociològic que impulsa la dona a l'entrada al mercat laboral, com per les responsabilitats familiars que determinen l'abandonament del treball remunerat per part de les dones, que entre les més joves serien més baixes.

Hi ha diferències en la situació laboral entre districtes. Com s'aprecia al gràfic 4.11., la taxa d'ocupació més alta correspon al districte V, Sarrià-Sant Gervasi, mentre que les d'atur són superiors als districtes de Ciutat Vella i l'Eixample. La proporció de mestresses de casa varia molt entre districtes: més baixa al districte V amb un 20% i arriba al 35% al districte IX (gràfic 4.12.).\*

La situació laboral està estretament associada a la posició socioeconòmica, de manera que com més alta sigui, major és la proporció de població activa. Si en el cas dels homes que no han acabat els estudis primaris estan ocupats poc més de la meitat;

entre els que tenen estudis universitaris ho estan quasi tots. Entre les dones amb menys estudis la meitat són mestresses de casa, percentatge que entre les universitàries és del 10% (gràfic 4.13.).

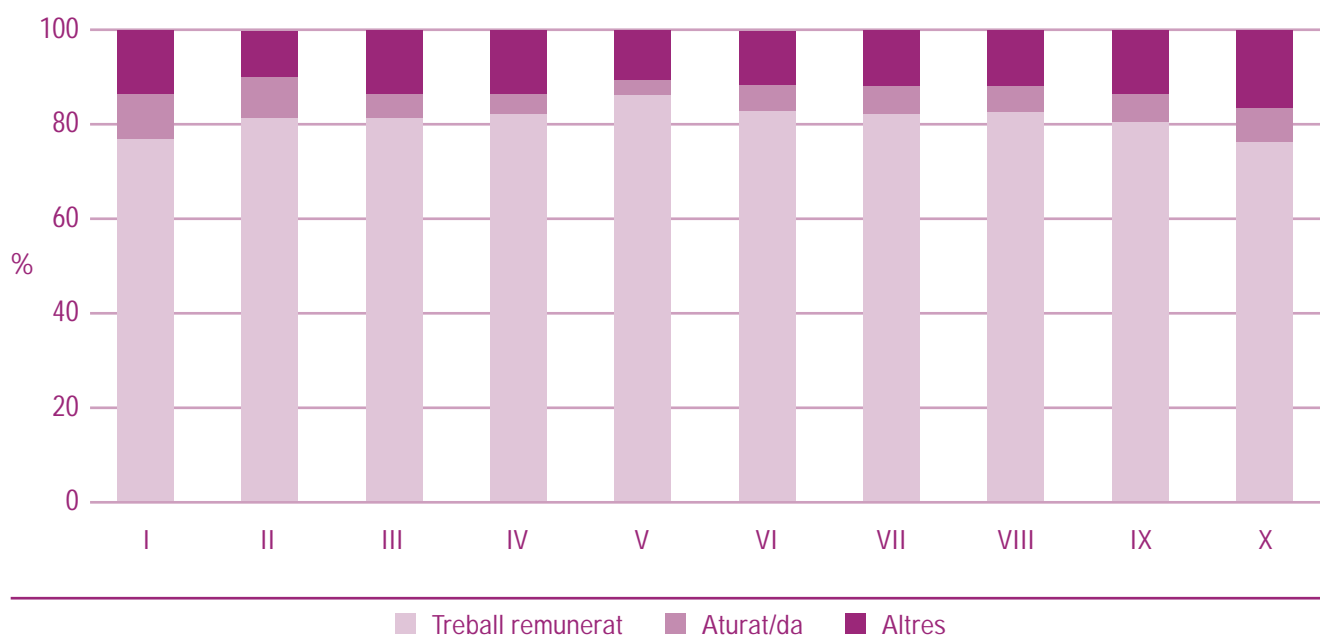
## 4.1.2. Situació familiar

### L'estat civil o de convivència

Les posicions socials d'homes i de dones en relació amb la família són diferents. Tot i que la proporció de persones casades o que viuen en parella és similar, la de persones separades, divorciades o vídues és significativament més alta en les dones (gràfic 4.14.).

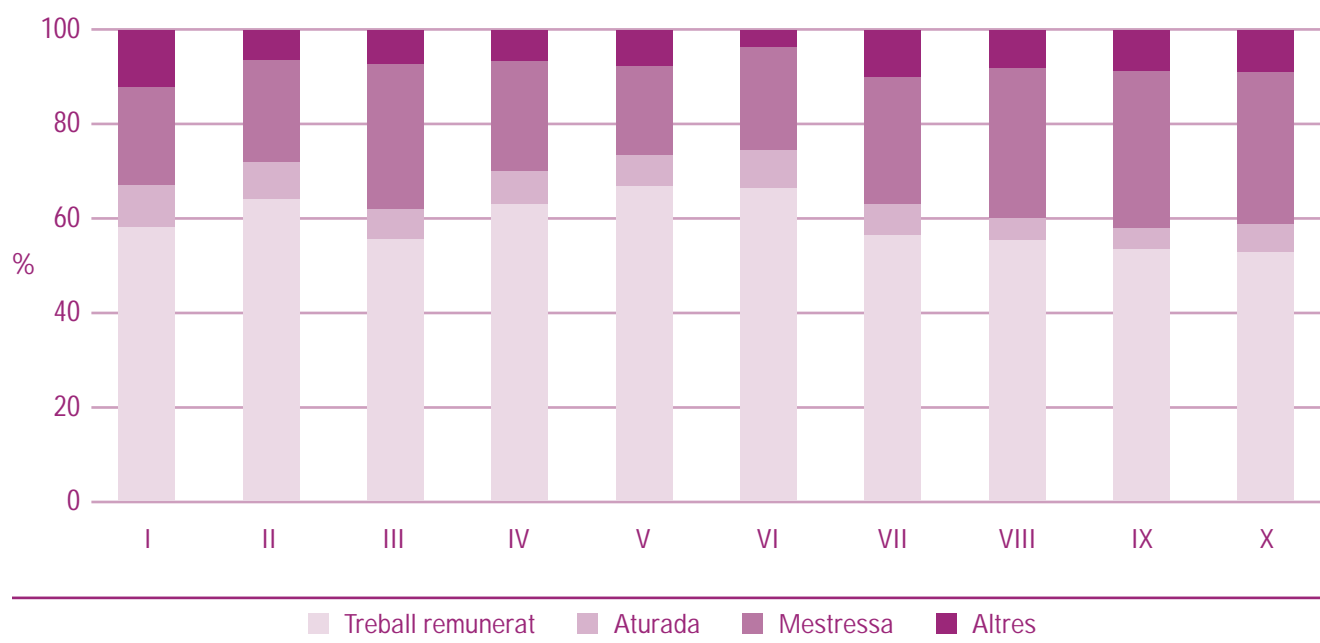
Al gràfic 4.15. es mostren les diferències en l'estat civil o de convivència segons el grup d'edat. Entre els més joves, la proporció de solters és més alta en els homes. Entre els més grans, destaca l'alta proporció de dones separades o divorciades (aproximadament el doble que entre els homes) i de vídues

**Gràfic 4.11. Situació laboral segons districte de residència en homes (%)**

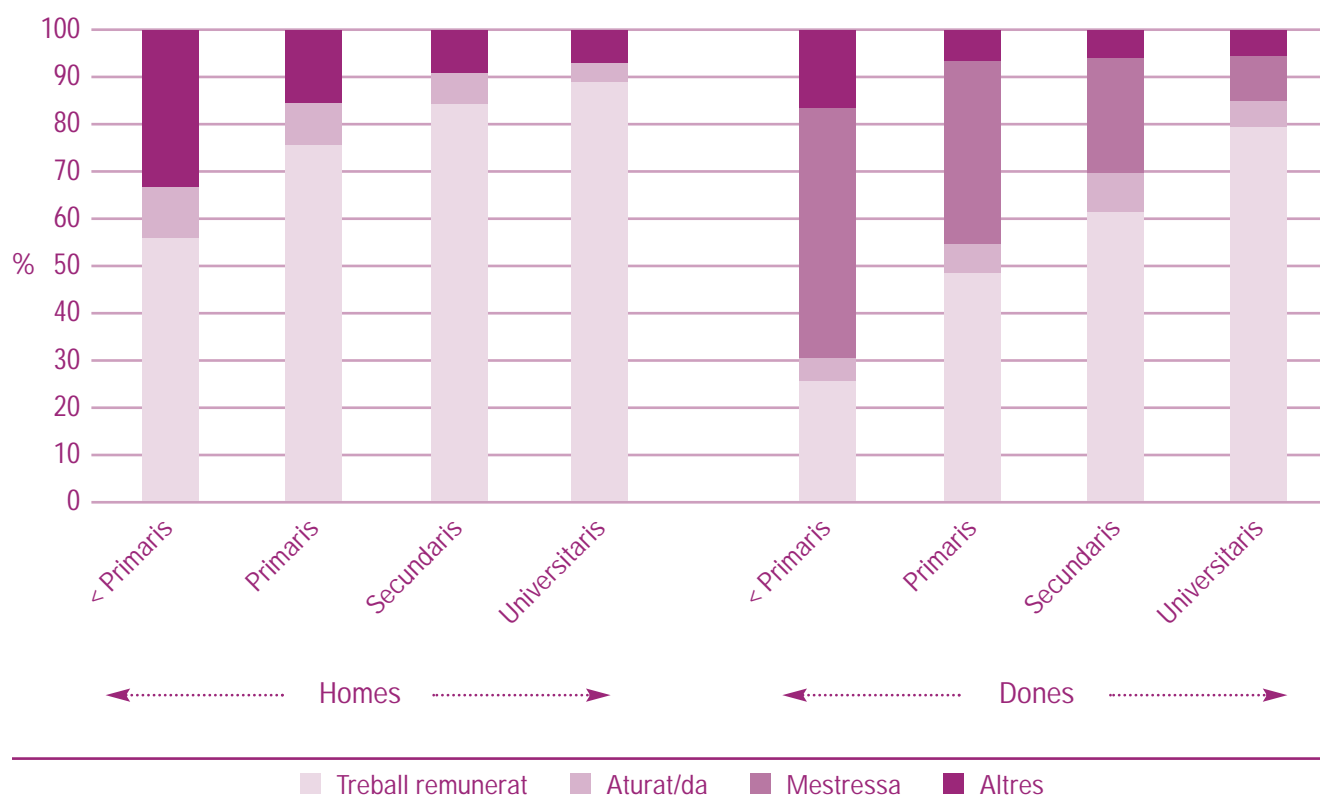


\* Com que no hi ha diferències d'edat entre districtes per a la població seleccionada, no es presenten percentatges estandarditzats per l'edat.

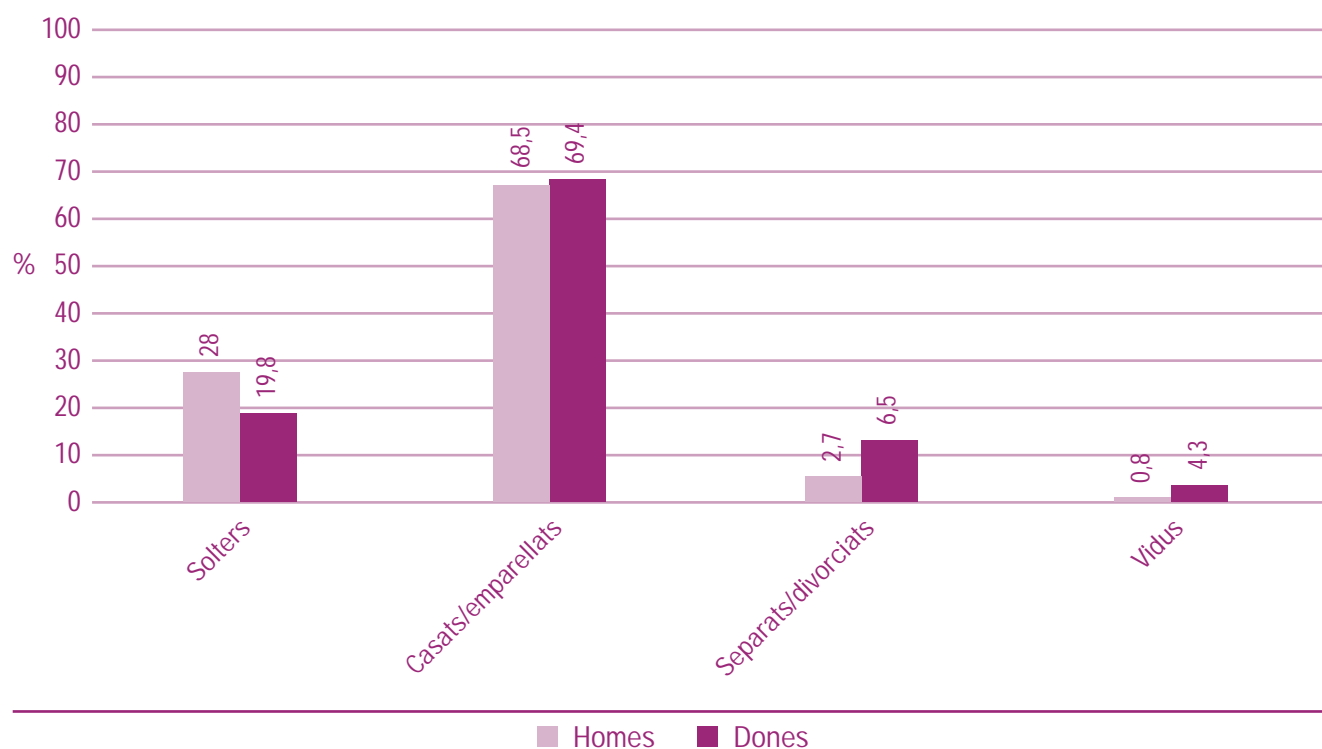
Gràfic 4.12. Situació laboral segons districte de residència en dones (%)



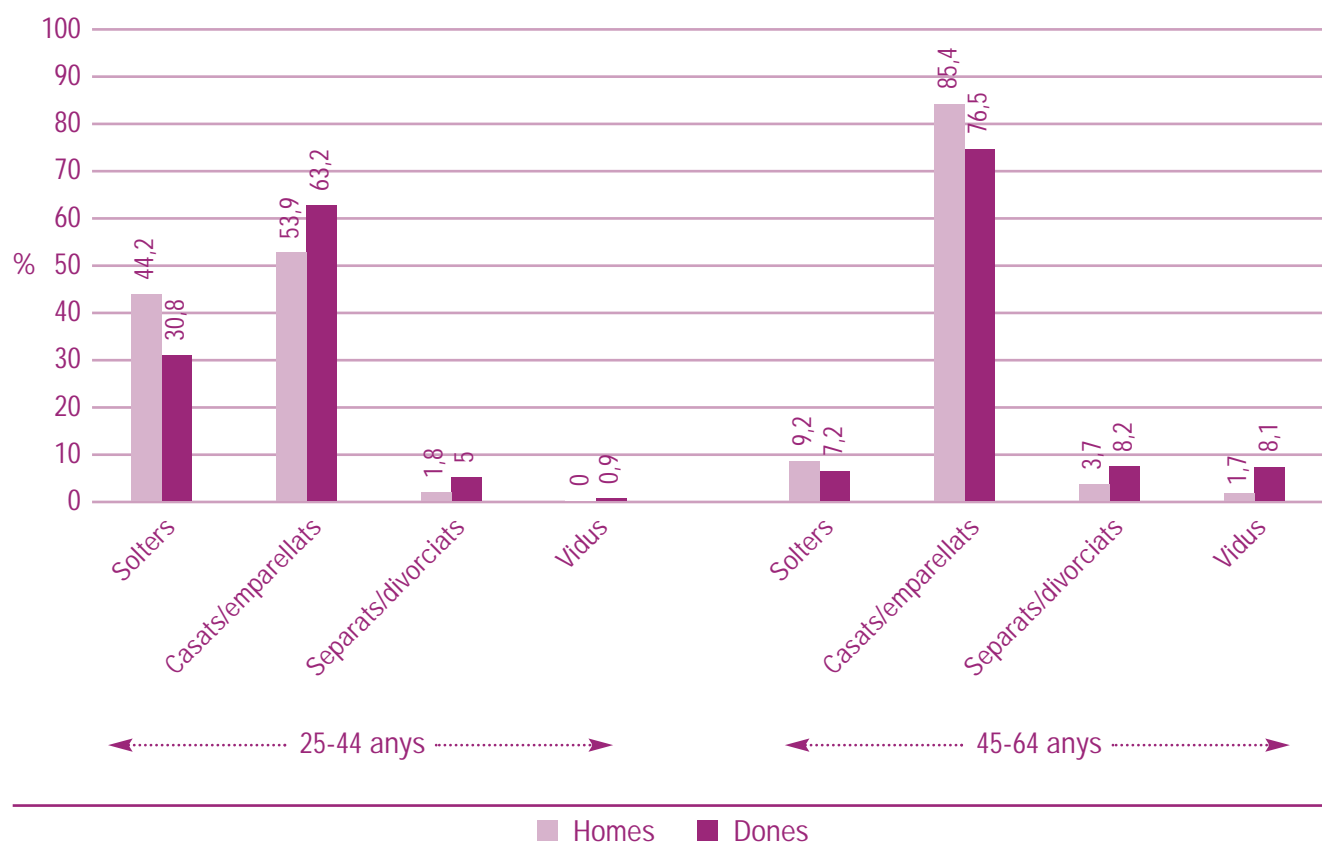
Gràfic 4.13. Situació laboral i nivell d'estudis segons sexe (%)



Gràfic 4.14. Estat civil o de conveniència segons sexe (%)



Gràfic 4.15. Estat civil o de convivència segons sexe i grup d'edat (%)



(quasi cinc vegades superior als homes).

També hi ha diferències significatives en l'estat civil o de convivència de les persones de 25 a 64 anys segons el districte. Com s'aprecia al gràfic 4.16., en homes, la proporció de solters i de separats o divorciats és més alta a Ciutat Vella. Als districtes de Sants-Montjuïc i Les Corts la proporció d'homes vidus, encara que molt baixa, és més alta que a la resta.

Hi ha també diferències en l'estat de convivència entre les dones segons districte. Si a Ciutat Vella, aproximadament la tercera part estan solteres, la proporció de solteres és només del 15% a Nou Barris. Estar separada o divorciada és més freqüent al districte de les Corts (9%) i menys al VIII (3%) (gràfic 4.17.).

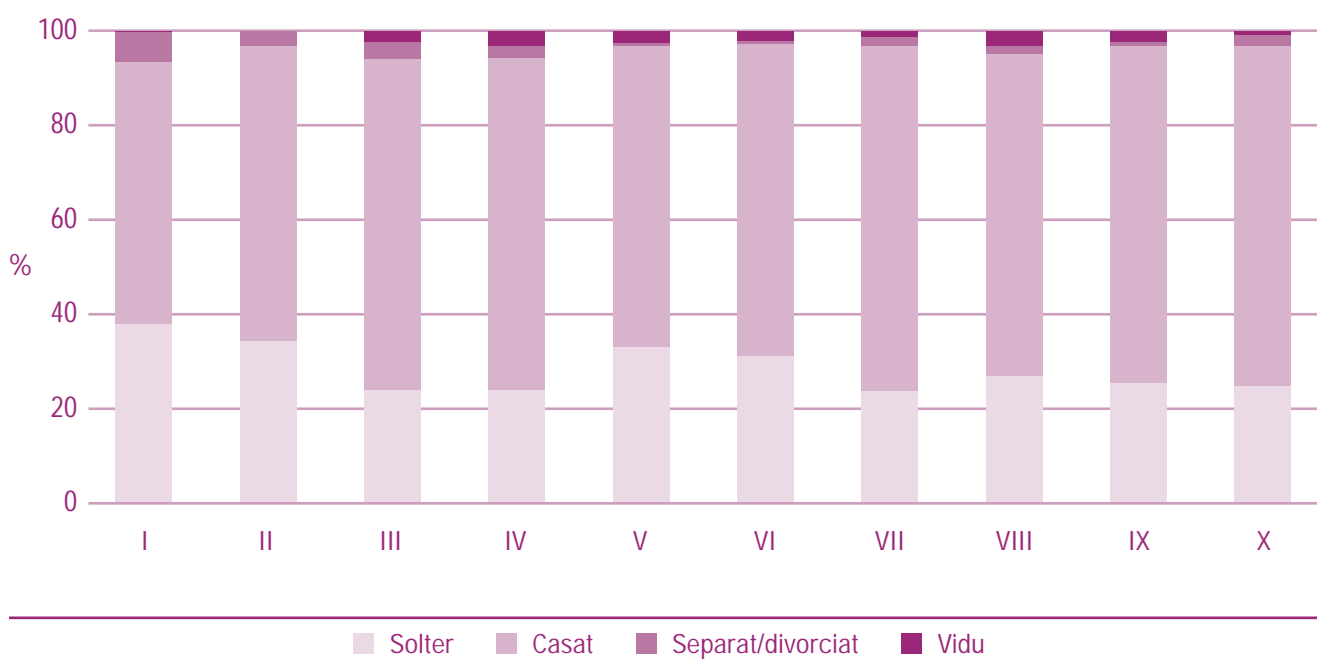
### Les persones responsables de llars monoparentals

Ser responsable d'una llar monoparental pot suposar moltes dificultats, que en gran mesura venen determinades pel gènere i per la posició social, i que

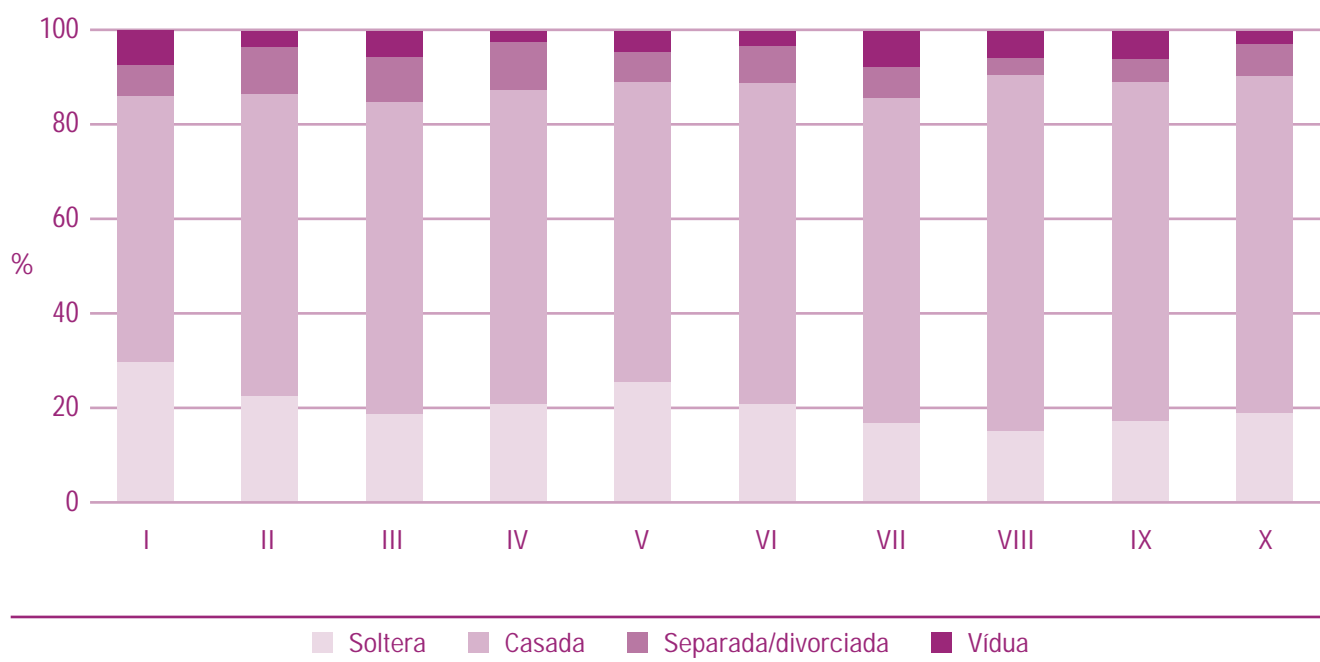
podrien tenir efecte sobre la salut i el benestar. A Barcelona aquesta situació és més freqüent entre les dones (7,8% davant l'1,4% dels homes) i encara ho és més entre les dones de 45 a 64 anys: La proporció de dones d'aquesta edat responsables d'una llar monoparental (10,1%) duplica la del grup d'edat més jove (4,7%). Només el 8% de les dones responsables de llars monoparentals són solteres, cosa més freqüent entre les menors de 45 anys (11%). El 6% de les persones responsables de llars monoparentals viuen amb algú dels seus pares o sogres, sense diferències de gènere. Entre les més joves, la majoria de les dones té una ocupació remunerada (89%) i només el 6% es defineixen com a mestresses de casa. Entre les més grans la proporció de mestresses de casa es triplica (19%).

Com s'aprecia al gràfic 4.18., el 12% de les dones de 25 a 64 anys de la classe social més desfavorida, és responsable d'una llar monoparental, o el que és el mateix, el 22% de llars monoparentals presidides per dones corresponen a dones de classe

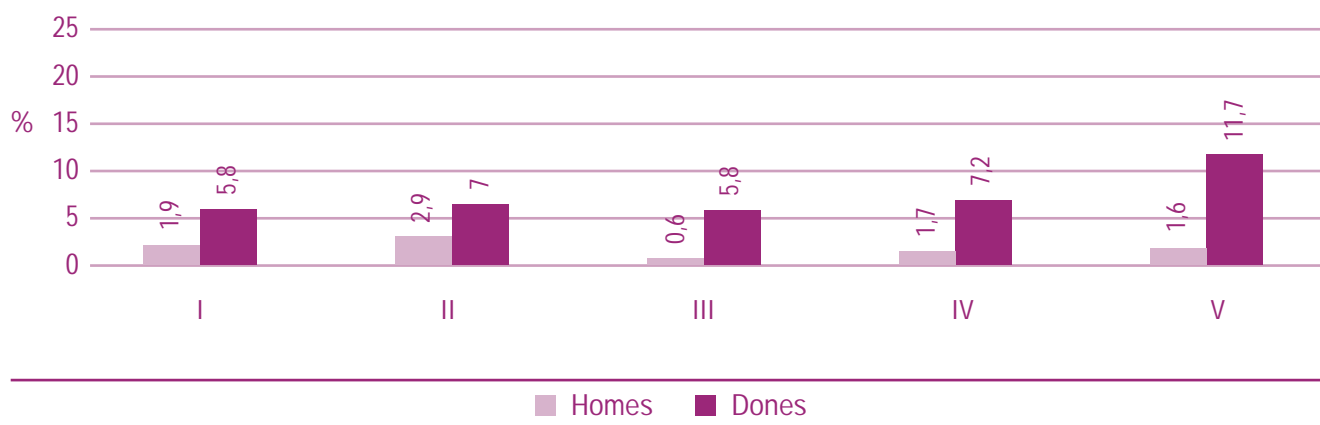
**Gràfic 4.16. Estat civil o de convivència segons districte en homes (%)**



**Gràfic 4.17. Estat civil o de convivència segons districte en dones (%)**



**Gràfic 4.18. Persones responsables de llars monoparentals segons sexe i classe social (% estandarditzats per edat)**



social V. No s'observen diferències segons districte.

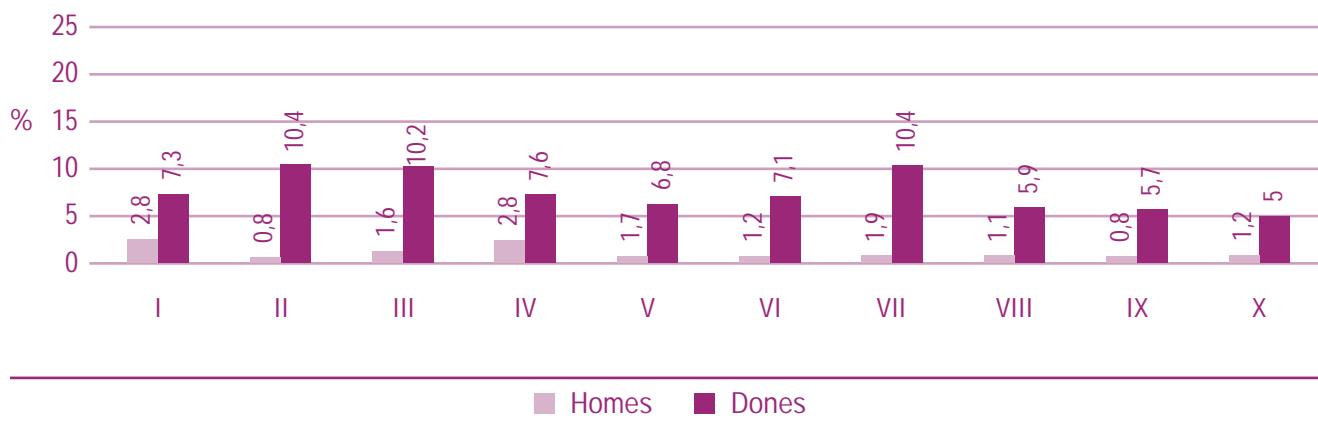
#### Les persones que viuen soles

Hi ha diferències en la proporció de persones responsables de llars monoparentals entre districtes: si a l'Eixample, Horta-Guinardó o Sants-Montjuïc els percentatges se situen a l'entorn del 10%, a Sant Andreu o Sant Martí / Poble Nou són al voltant del 5% (gràfic 4.19.).

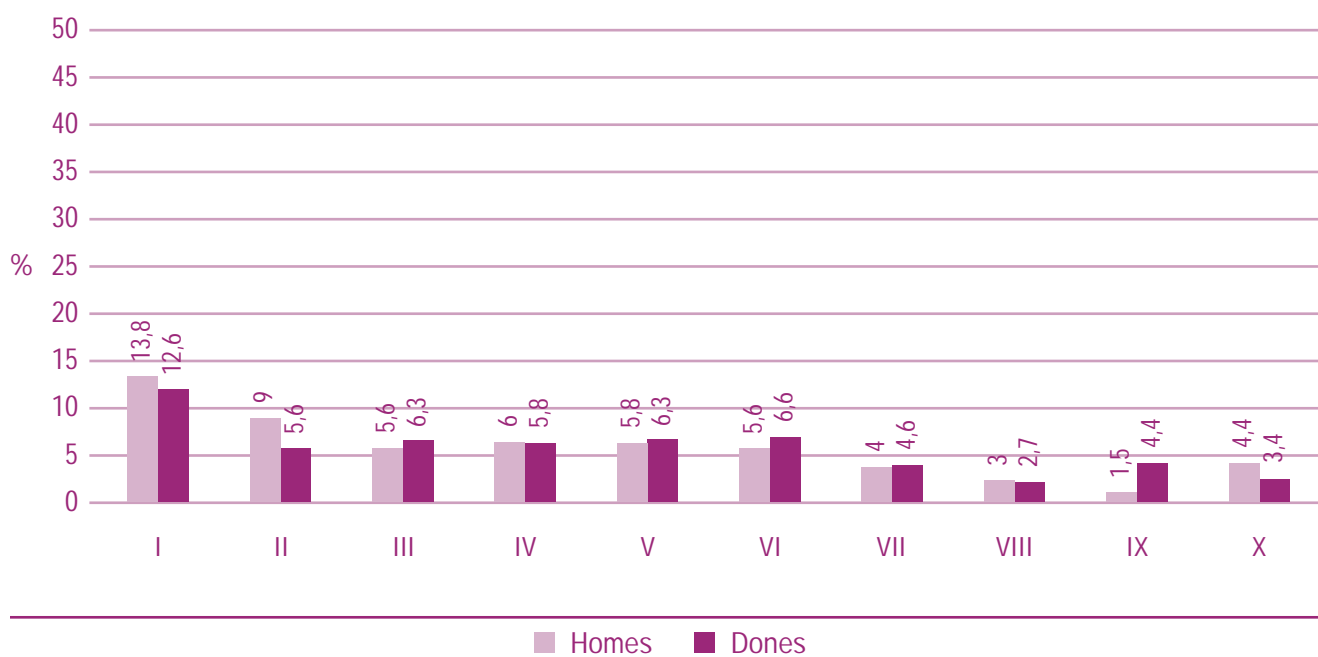
El 5,5% dels barcelonins entre 25 i 64 anys viuen sols –4,2% entre els de 25 a 44 anys i 7% entre els més grans– sense diferències de gènere. Com s'aprecia al gràfic 4.20., viure sola és més freqüent al districte I.

Viure sol o sola és més freqüent entre les per-

**Gràfic 4.19. Persones responsables de llars monoparentals segons sexe i districte de residència (%)**



**Gràfic 4.20. Persones que viuen soles segons sexe i districte de residència (% estandarditzats per edat)**



sones jubilades (el 5,4% dels homes i el 2,9% de les persones entre 25 i 64 anys estan jubilats) com s'observa al gràfic 4.21.

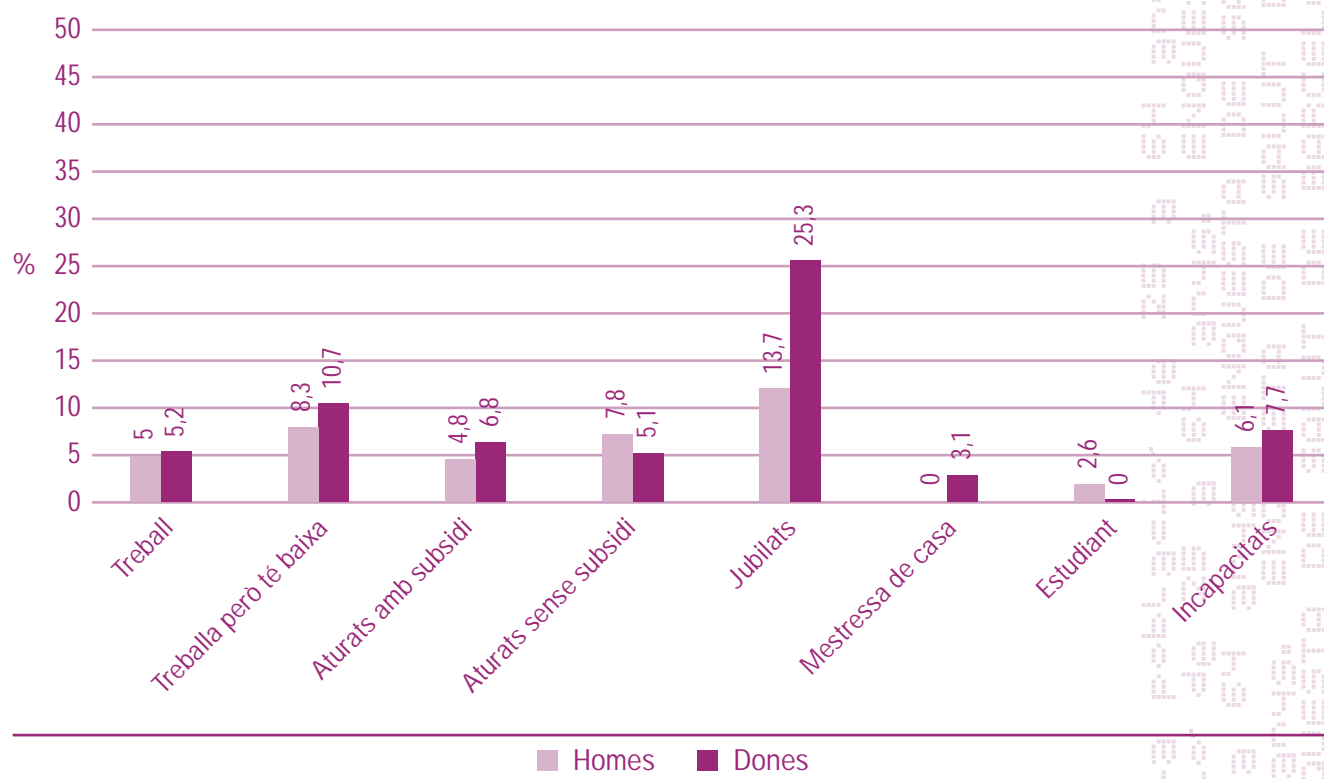
#### Posició en la família

La posició ocupada pels homes i les dones a la unitat familiar és desigual i depèn també de la situació

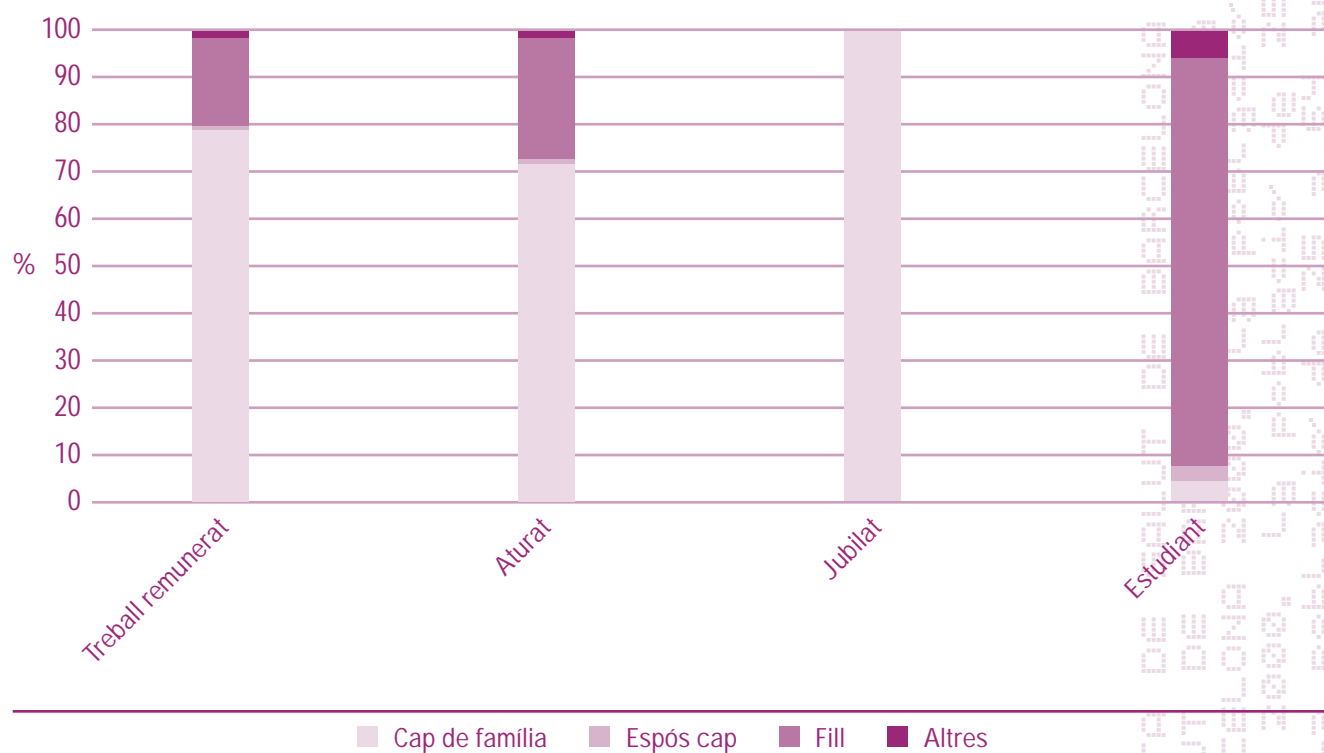
laboral. La majoria dels homes amb un treball remunerat, jubilats o en situació d'atur es declaren caps de família. Al gràfic 4.22. es presenta la situació laboral i la posició familiar dels homes de 25 a 64 anys. Destaca l'alta proporció d'aturats que es defineixen com a caps de família. Tot i que el cap de família no és necessàriament el principal proveïdor dels recursos econòmics de la llar, sinó que hi ha una tendència a definir així a la persona



Gràfic 4.21. Persones que viuen soles segons situació laboral (%)



Gràfic 4.22. Situació laboral i posició en la família dels homes (%)



masculina principal, en la majoria dels casos, encara avui dia, l'home és en general el que aporta més recursos econòmics a la unitat familiar. En aquest context, ser aturat i cap de família és una situació d'alt risc per a la salut, sobretot mental.

Al gràfic 4.23. s'observa la situació laboral i la posició en la família de les dones. A diferència dels homes, poques dones amb treball remunerat o aturades es defineixen com a cap de família. La majoria són la seva parella, igual que succeeix amb les mestresses de casa. Destaca l'alta proporció de dones jubilades que són cap de família, probablement perquè són dones vídues.

#### 4.1.3. El treball remunerat

Entre la població barcelonina de 25 a 64 anys, el 82% dels homes i el 59% de les dones realitzen una feina remunerada, exposats per tant a unes condi-

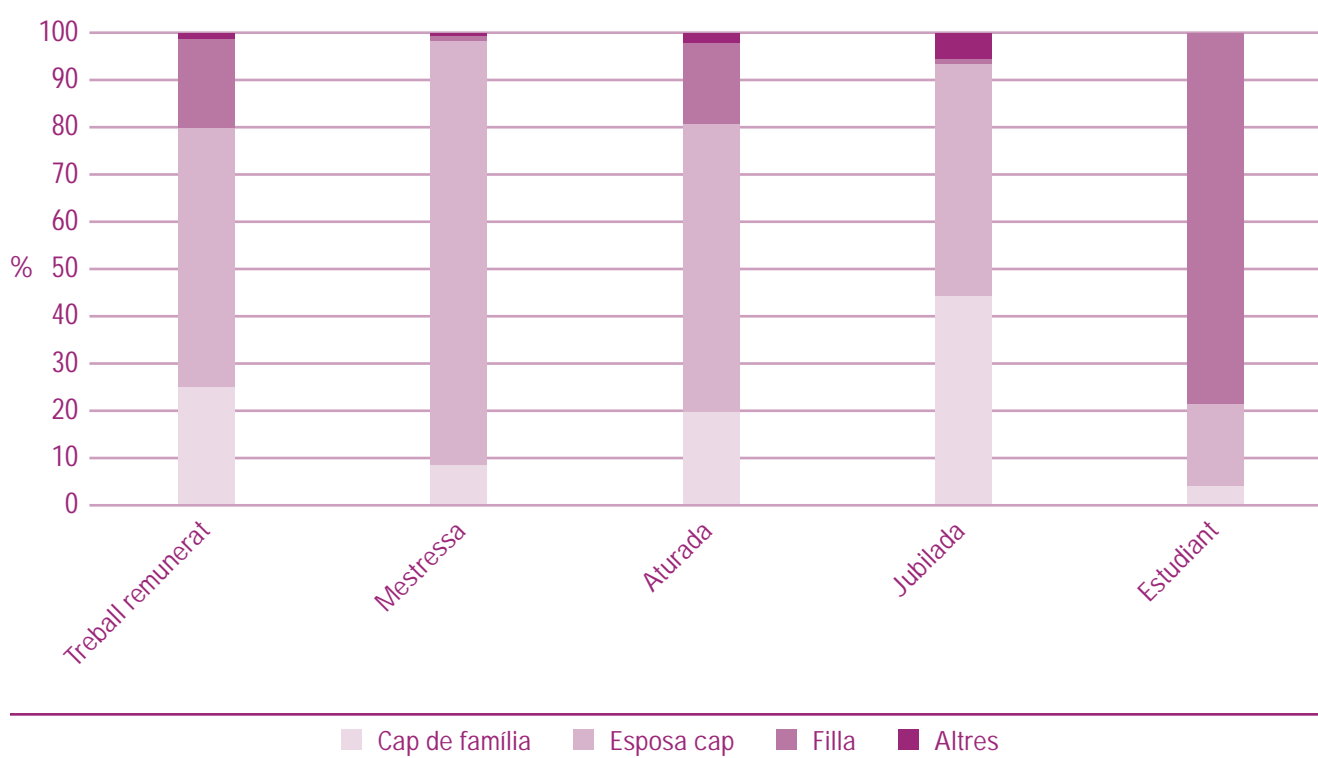
cions de treball que poden tenir un efecte sobre el seu estat de salut. El 6% estan en situació d'atur, sense diferències de gènere.

#### La segregació horitzontal

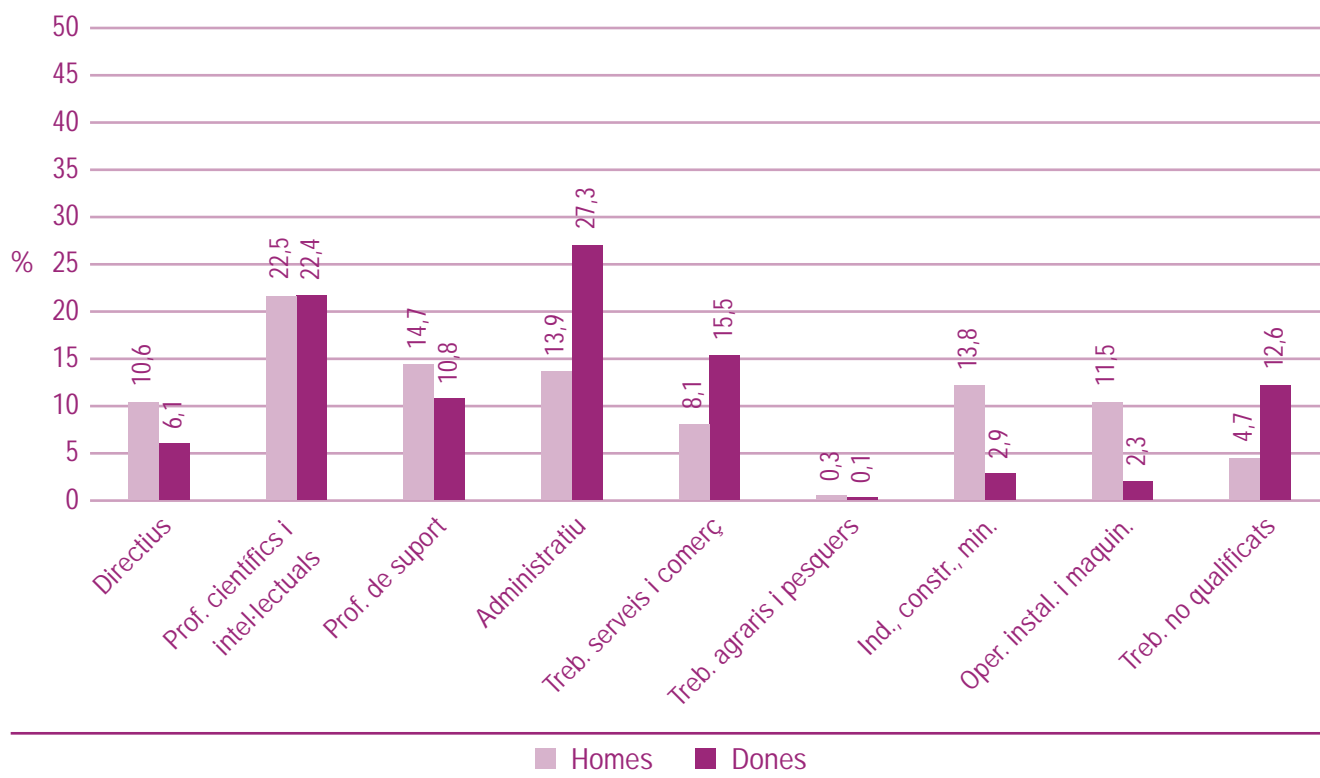
Tradicionalment, les dones, més que els homes, s'han tendit a concentrar en un nombre limitat de sectors d'activitat i ocupacions. Mentre sembla raonable pensar que la incorporació decidida de les dones al mercat de treball resoldria automàticament aquesta desigualtat, el cert és que no és així: els homes i les dones treballen en feines diferents, cosa que succeeix en països que són paradigma de les polítiques d'igualtat de gènere com per exemple els escandinaus.

Com s'observa al gràfic 4.24., a Barcelona, la proporció de dones que treballen com a administratives o en serveis i comerç és molt més alta que la d'homes. Per contra, treballar en la indústria, cons-

**Gràfic 4.23. Situació laboral i posició en la família de les dones (%)**



**Gràfic 4.24. Ocupació i gènere segons els grans grups de la Classificació Nacional d'Ocupacions (%)**



trucció i mineria o com a operador d'instal·lacions i maquinària és més freqüent en el sexe masculí.

A Barcelona, com a d'altres ciutats desenvolupades, les dones ocupen un ventall més reduït d'ocupacions que els homes. Mentre que són 17 les ocupacions més freqüents en què treballen el 50% dels homes de la ciutat (taula 4.1.), el 50% de les dones es distribueixen en només 8 ocupacions més freqüents (taula 4.2.). Hi ha alguns aspectes més a destacar en aquest sentit: Treballar d'auxiliar administratiu sense tasques d'atenció al públic és l'ocupació més freqüent per als dos sexes. Però mentre que hi treballen el 9% dels homes, la proporció de dones és més del doble (22%). Entre les dones, tret de les dues primeres ocupacions, auxiliars administratives i dependents de comerç, la resta reproduïxen el rol tradicional a la família: neteja i cura dels altres. Finalment ressalta l'alta proporció de dones

que treballen en ocupacions relacionades amb la neteja. El 9,2% de les dones treballen com a personal de neteja d'oficines, hotels i treball similars i com a empleades domèstiques (taules 4.1. i 4.2.).

### La segregació vertical

A més a més de la segregació horitzontal hi ha també una segregació vertical: les dones ocupen els treballs menys qualificats.

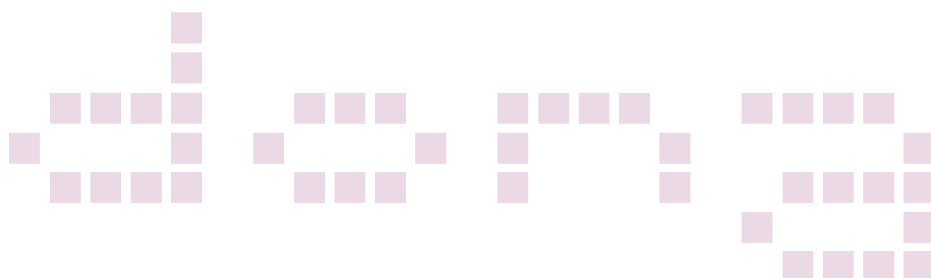
Al gràfic 4.25. es mostra la distribució de la població ocupada segons la classe social i el sexe. S'observa que la proporció d'homes en la classe social I, la més privilegiada, és superior a la de dones; per contra, en la més desfavorida, la proporció de dones (13%), triplica la dels homes. El 74% de les treballadores de classe social V, són dones en ocupacions rela-

**Taula 4.1. Ocupacions més freqüents entre els homes (%)**

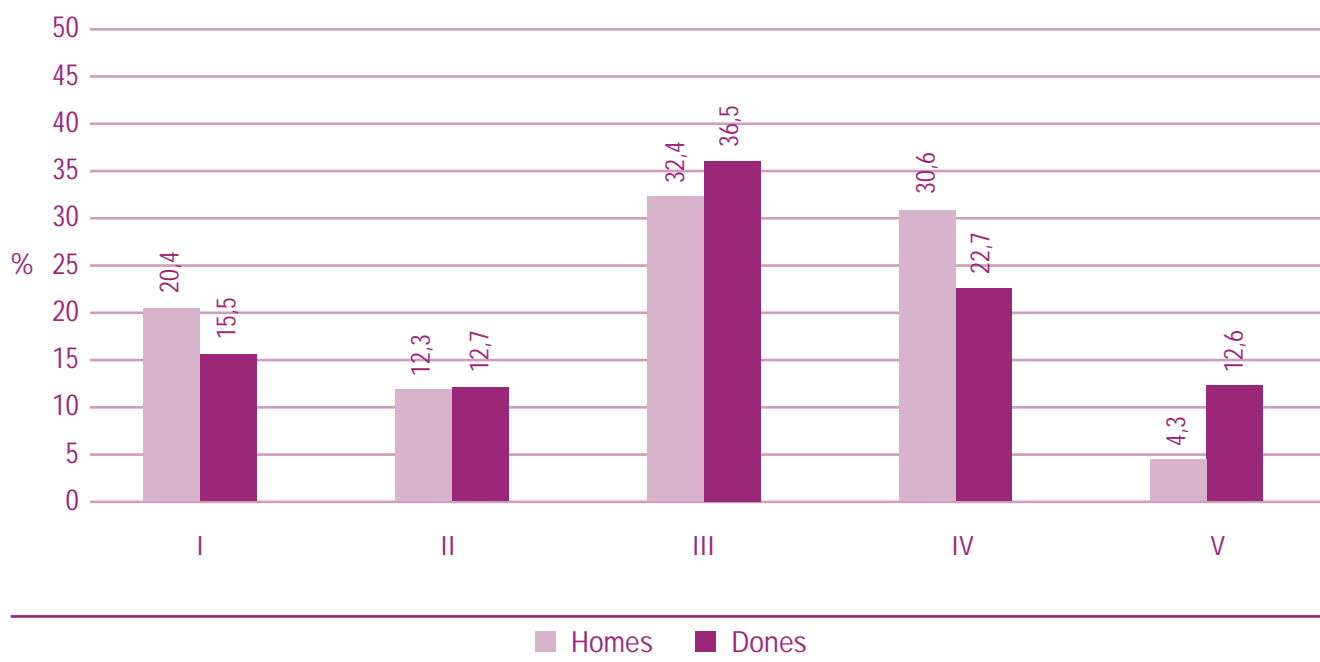
Ocupació	%	% acumulat
Auxiliars administratius sense tasques d'atenció al públic	9,25	9,25
Representants de comerç i tècnics de vendes	6,39	15,64
Professionals de la informàtica de nivell mitjà	3,92	19,56
Professionals de l'organització i l'administració d'empreses	3,72	23,28
Directors de departaments de producció	2,97	26,25
Lampistes i instal·ladors de canonades	2,70	28,95
Taxistes i conductors d'automòbils i furgonetes	2,70	31,65
Directors generals i presidents executius	2,56	34,21
Mecànics i ajustadors de maquinària	2,07	36,28
Dependents i demostradors de botigues, magatzems i quioscos	2,01	38,29
Gerents d'altres empreses sense assalariats	1,88	40,17
Professionals de suport d'operacions financeres	1,82	41,99
Gerents d'empreses de comerç al detall sense assalariats	1,78	43,76
Cambrers, bàrmans i similars	1,73	45,49
Muntadors i engalzadors	1,69	47,17
Delineants i dissenyadors tècnics	1,61	48,78
Professors d'ensenyament secundari	1,59	50,37

**Taula 4.2. Ocupacions més freqüents entre les dones (%)**

Ocupació	%	% acumulat
Auxiliars administratives sense tasques d'atenció al públic	22,48	22,48
Dependents i demostradores de botigues, magatzems i quioscos	6,25	28,74
Personal de neteja d'oficines, hotels i treballs similars	5,20	33,94
Empleades domèstiques	4,01	37,96
Infermeres	3,57	41,53
Professores d'ensenyament primari i infantil	3,38	44,91
Professores d'ensenyament secundari	3,30	48,21
Auxiliars d'infermeria i similars	2,96	51,16



**Gràfic 4.25. Classe social i sexe en població ocupada (%)**



cionades amb la neteja i empleades domèstiques.

Les desigualtats de gènere són més pronunciades entre els treballadors més grans (gràfic 4.26.). Tot i que també entre les persones de 25 a 44 anys les dones estan més representades que els homes en les feines menys qualificades de la classe social V. Destaca que entre les dones de 45 a 64 anys la quarta part treballa en aquestes ocupacions, proporció quatre vegades superior a la dels homes. Si entre els més joves la proporció d'homes i de dones en les ocupacions de classe social I són similars, entre els grups de més edat la proporció de dones de classe social I (10%), és la meitat que la dels homes.

Entre els assalariats, el 27% dels homes i el 14% de les dones tenen subordinats al seu càrrec. El «sostre de vidre», la barrera invisible que dificulta la promoció de les dones treballadores, també és present a Barcelona. Com s'aprecia al gràfic 4.27. ocupar càrrecs de cap és més freqüent en homes, independentment del nivell d'estudis i de l'edat.

Les dificultats per ocupar nivells jeràrquics alts es mantenen per als més joves com s'observa al gràfic 4.28. Les dones joves, igual que les més grans, continuen ocupant càrrecs de gestió de personal amb menys freqüència que els homes, independentment del nivell d'estudis.

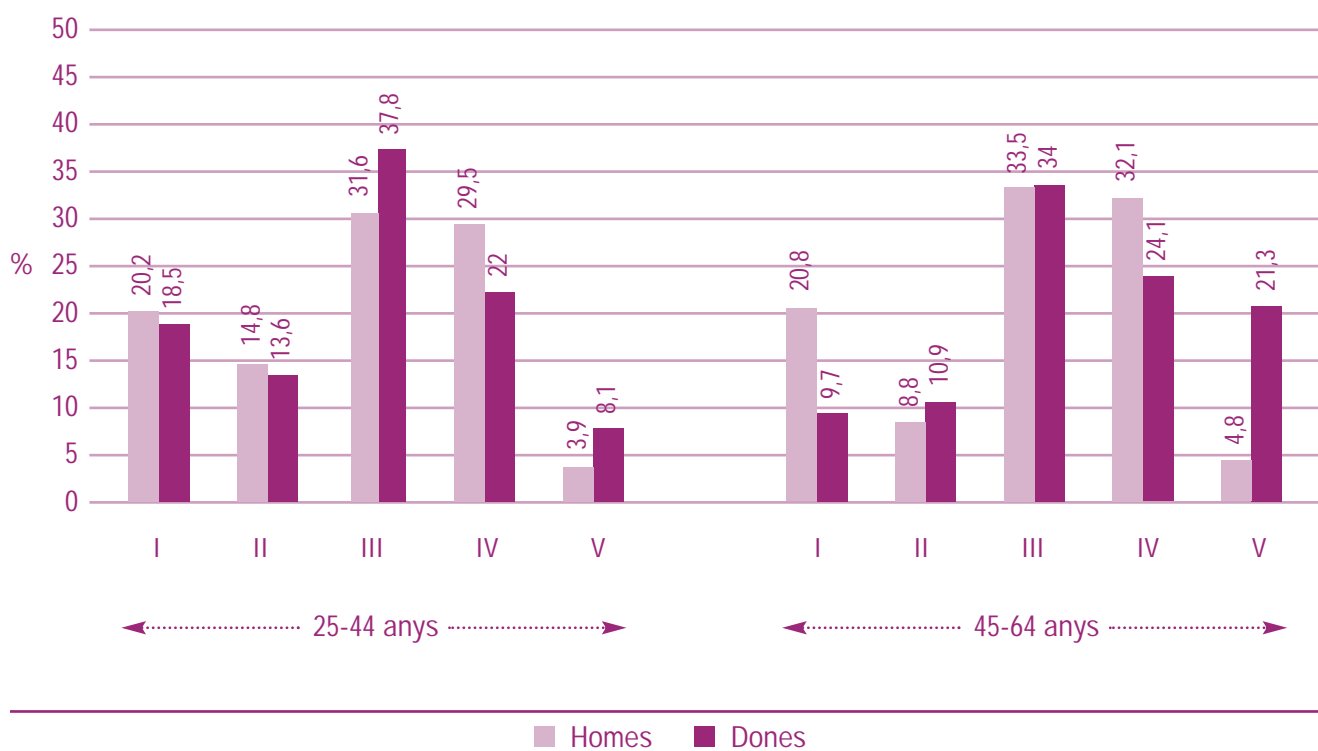
## Les condicions de treball

### La relació laboral

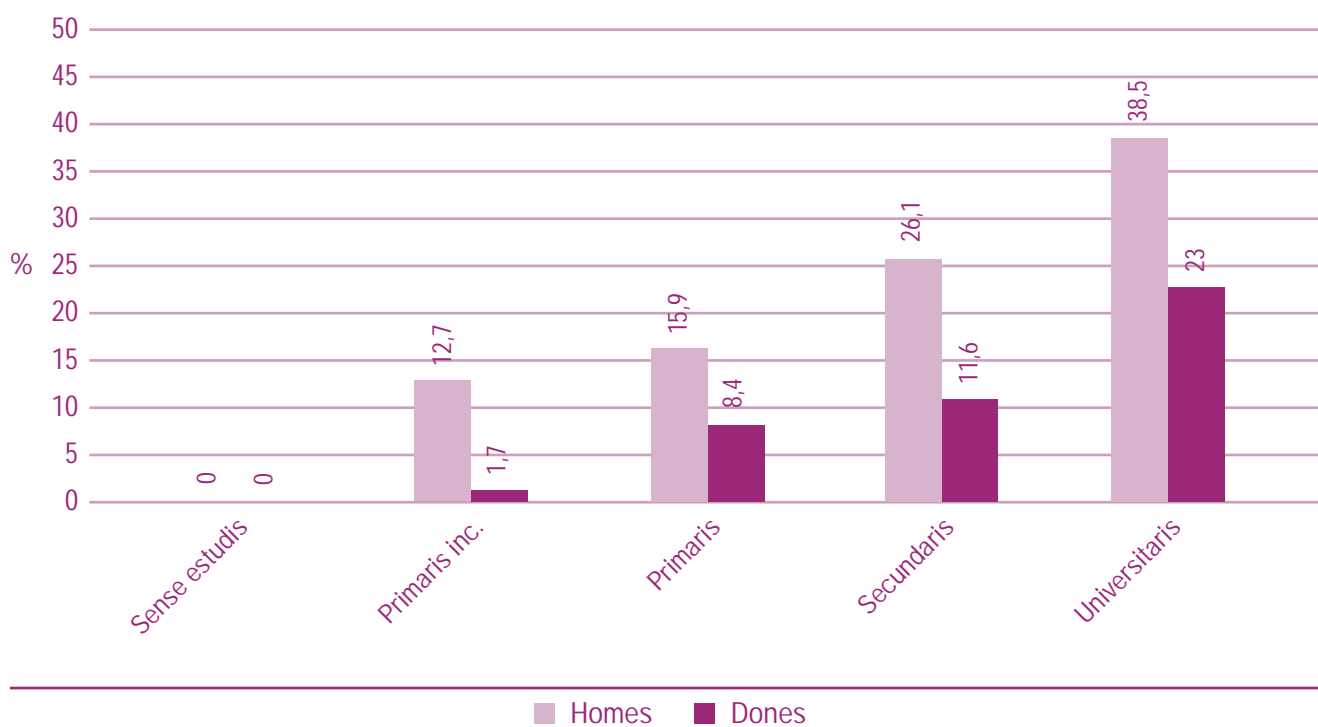
Les 2/3 parts de la població ocupada de Barcelona són funcionaris o assalariats amb contracte indefinit. La proporció de persones que treballen amb contracte temporal o sense contracte és superior entre les dones, mentre que entre els homes és superior el percentatge dels que treballen com a autònoms, empresaris o professionals liberals (gràfic 4.29.).

La contractació temporal està fortament lligada a l'edat: la quarta part dels treballadors de 25 a 34 anys treballen amb contracte temporal. Si a partir d'aquesta

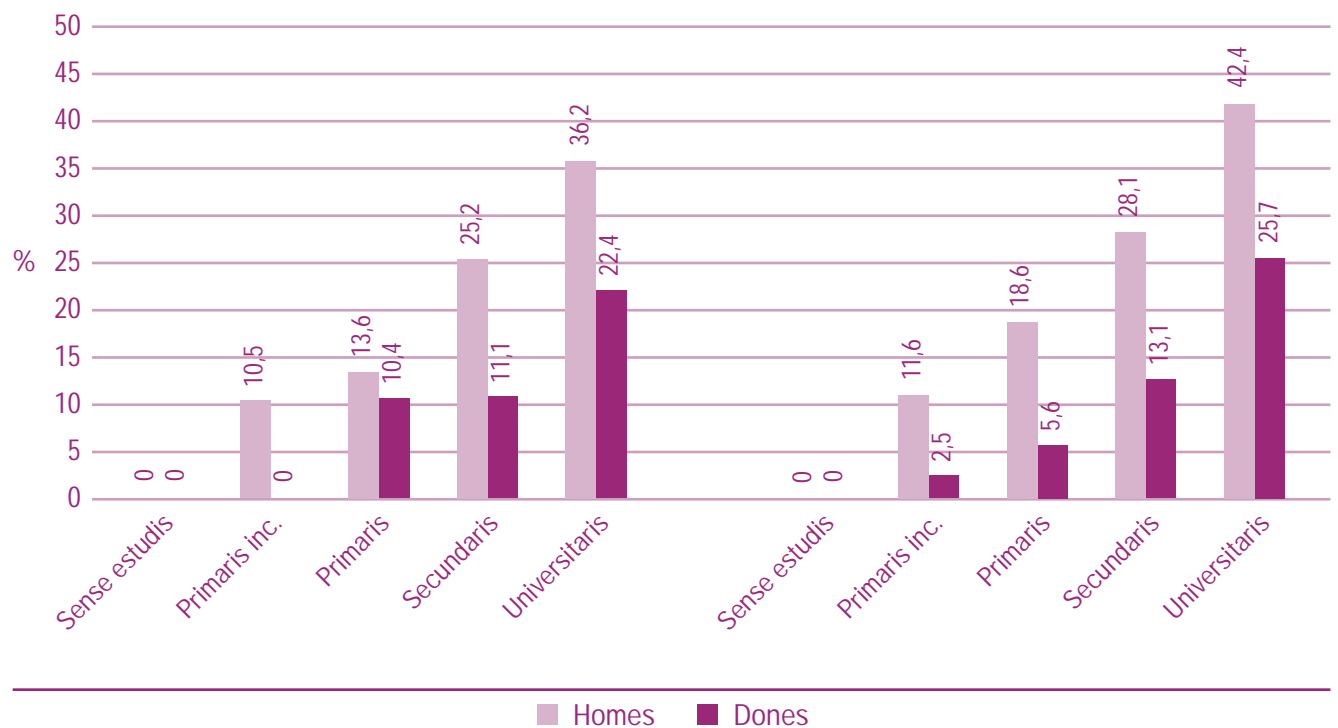
Gràfic 4.26. Classe social, sexe i grup d'edat en població ocupada (%)



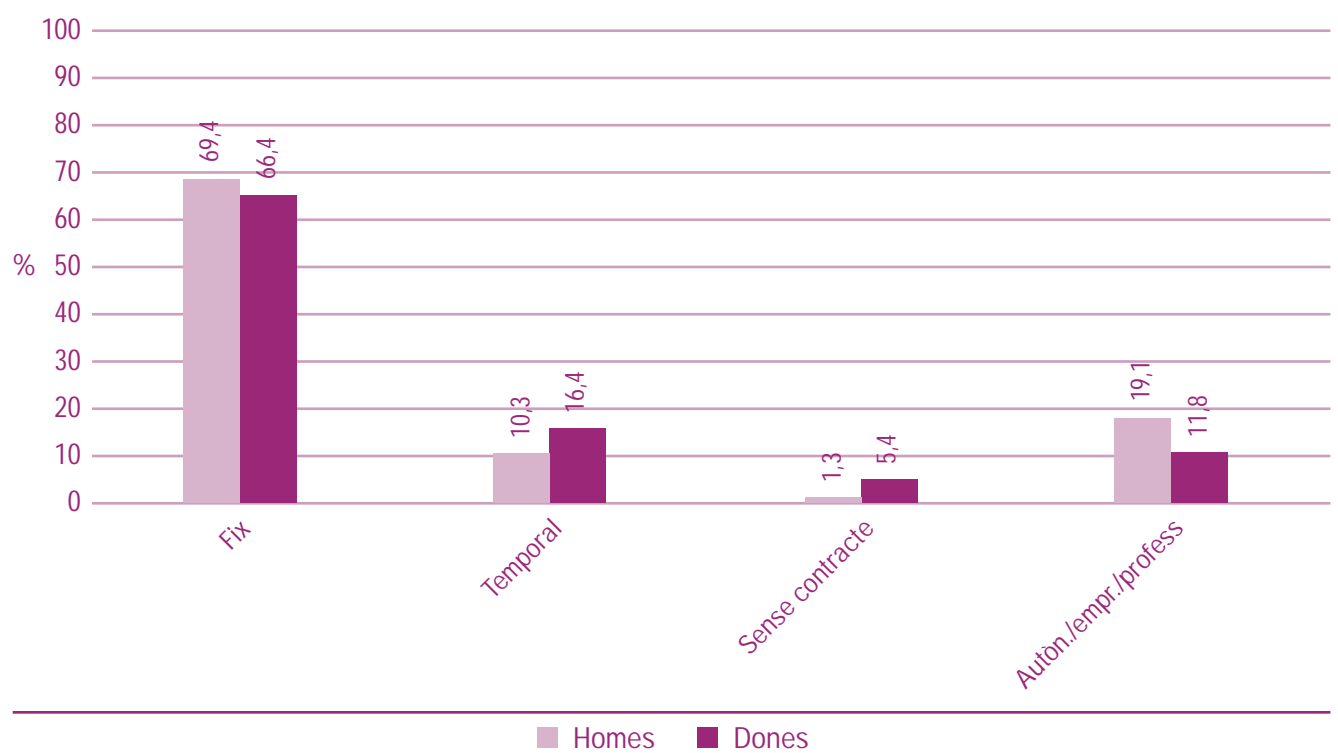
Gràfic 4.27. Persones assalariades que ocupen càrrecs de cap segons nivell d'estudis i gènere (%)



**Gràfic 4.28. Persones assalariades que ocupen càrrecs de cap segons nivell d'estudis, sexe i grup d'edat (%)**



**Gràfic 4.29. Tipus de relació laboral segons sexe (%)**



edat aquesta modalitat de contractació decreix molt entre els homes, entre les dones no s'observa una reducció tan forta. El 14% de les dones entre 35 i 44 anys i el 13% de les que tenen entre 45 i 54 anys treballen amb contracte temporal (gràfic 4.30.).

La precarietat laboral –treballar amb contracte temporal o sense contracte– és superior en els treballadors menys qualificats, els de classes socials IV i V i en dones, tal com s'aprecia al gràfic 4.31. Només la meitat de les dones de classe social V treballen amb un contracte fix (en percentatges estandarditzats per l'edat).

El 10% dels treballadors i el 13% de les treballadores creuen probable o molt probable perdre la feina en els propers dos anys, percentatge que puja a quasi el 50% entre les persones amb contracte temporal. Crida l'atenció que entre les persones que treballen sense contracte la proporció dels que perceben inestabilitat laboral és molt més baixa: només el 19% dels homes i el 28% de les dones pensen que és

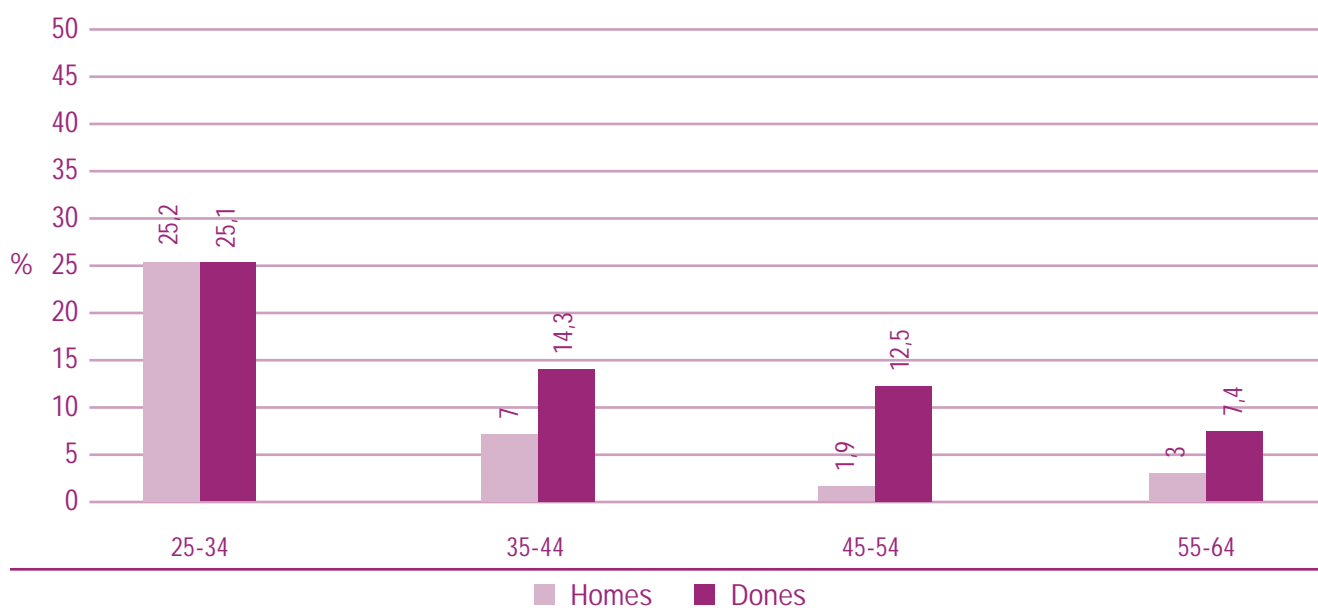
probable o molt probable perdre la seva feina en el futur pròxim. Sembla, doncs, que es tracta de situacions força estables (gràfic 4.32.).

### El temps de treball

Els homes treballen a la setmana una mitjana de 43,2 hores (D.E.\* =9,8), que és superior a la de les dones (37,4 hores; D.E.=9,9). El 38% dels homes treballa més de 40 hores, mentre, el percentatge corresponent en les dones és el 21%. Hi ha diferències, però, segons el grup d'edat: entre els homes, els més grans dediquen més hores al treball remunerat (42,5 hores de mitjana setmanal –D.E.=9,3– en el col·lectiu de 25 a 44 anys davant el 44,0 hores –D.E.=10,4– en els de 45 a 64 anys). En les dones succeeix el contrari: treballen més hores les més joves (37,61 hores –D.E.=9,6– en les de 25 a 44 anys davant el 36,9 –D.E.=10,5– en les més grans).

El nombre d'hores de treball setmanal depèn del tipus de relació laboral, de la classe social i del

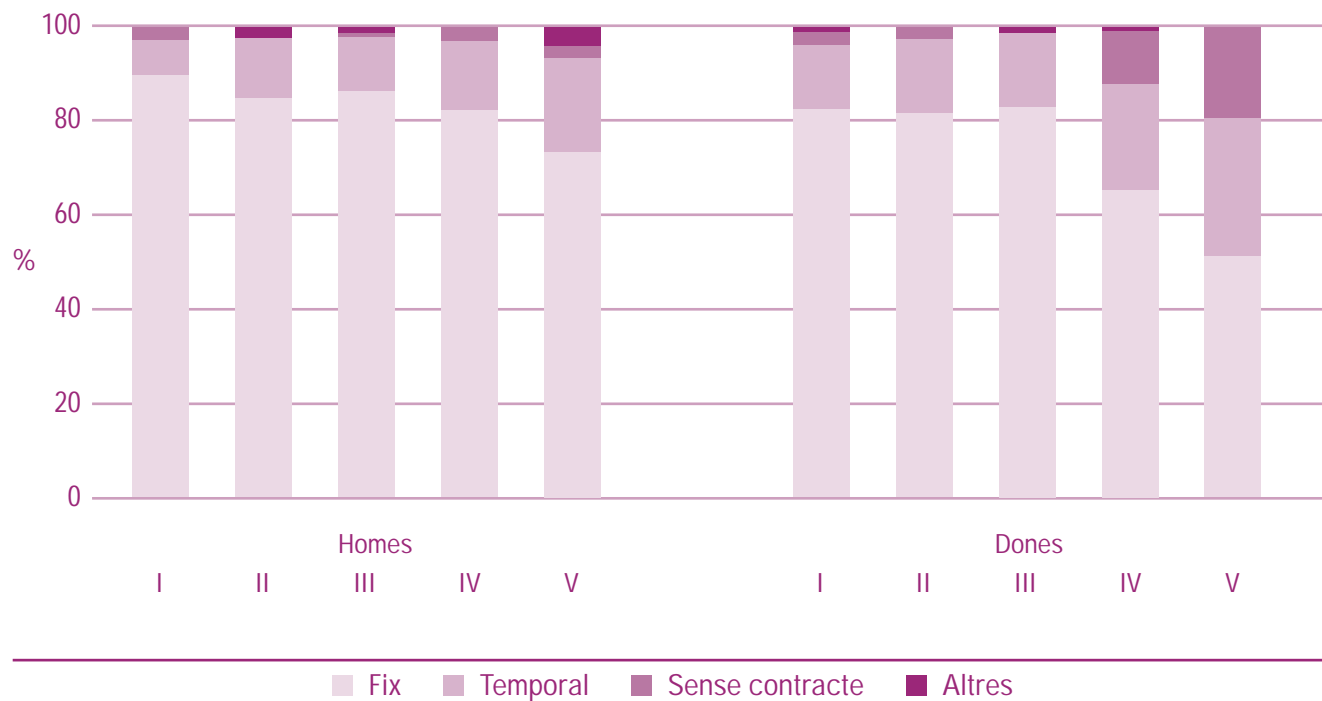
**Gràfic 4.30. Població ocupada amb contracte temporal segons sexe i grup d'edat (%)**



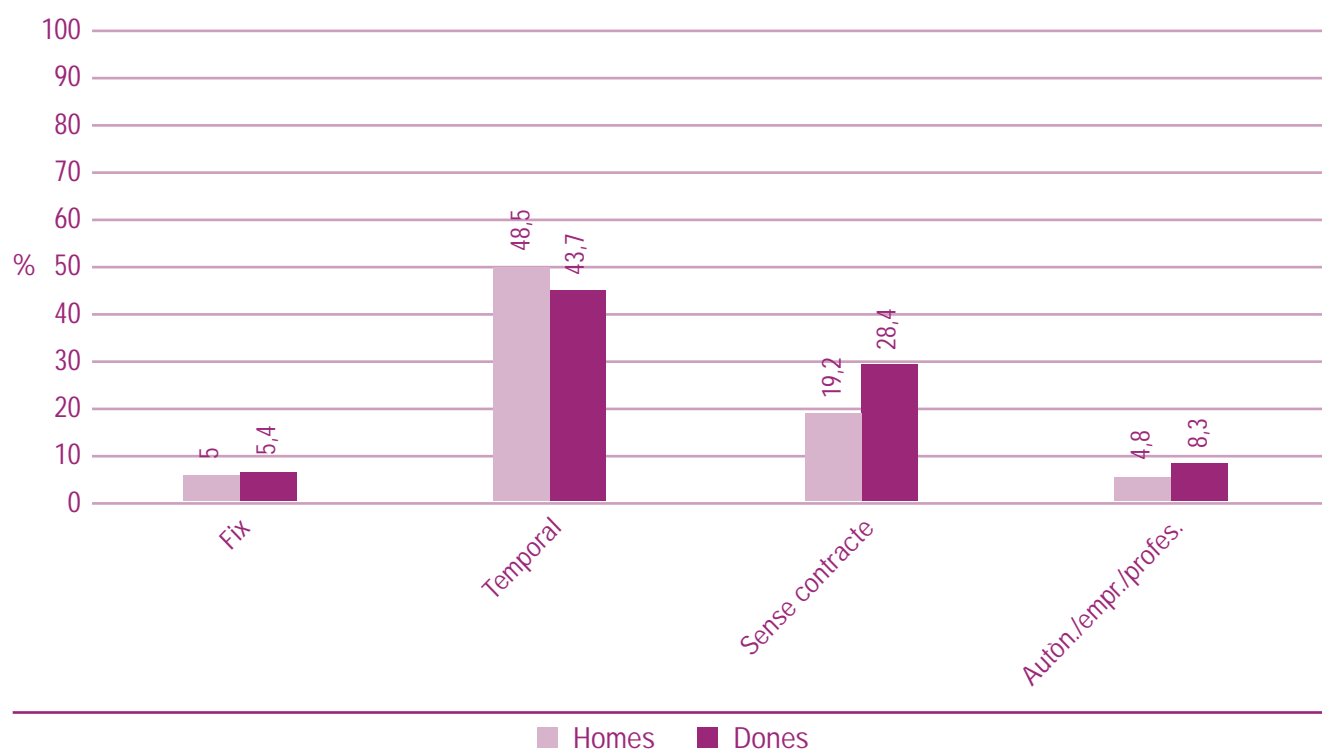
\*  
D.E. = desviació estàndard.



**Gràfic 4.31. Tipus de contracte, sexe i classe social en assalariats  
(% estandarditzats per l'edat)**



**Gràfic 4.32. Persones que creuen probable o molt probable perdre la feina en els propers dos anys segons sexe i tipus de contracte (%)**

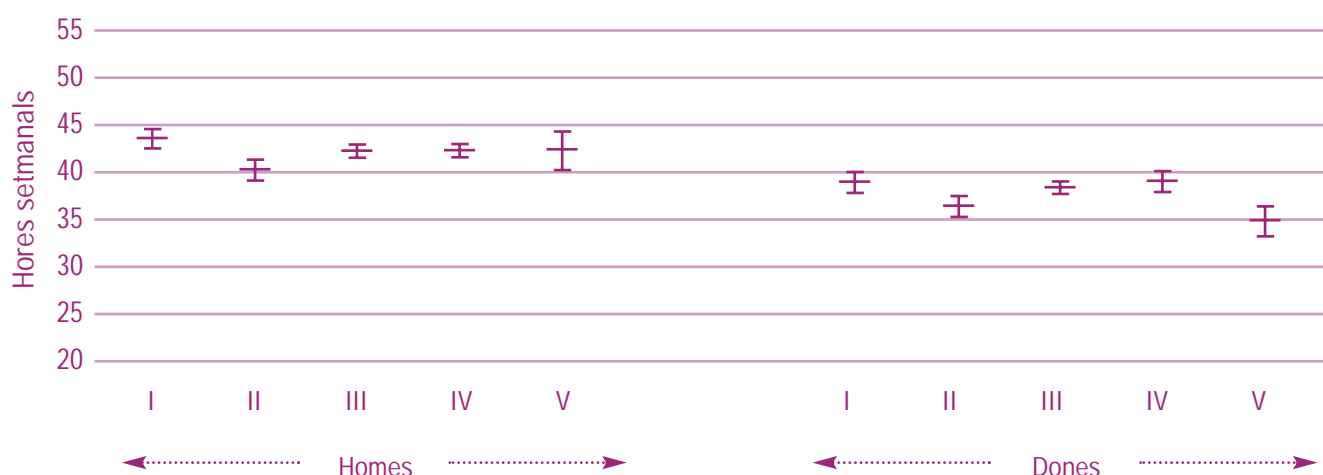


gènere. Als dos gràfics següents es mostra la mitjana d'hores de treball setmanal en els dos tipus de relació laboral més habituals, les persones assalariades amb contracte fix i les que treballen en règim d'autònoms. Entre els homes, els autònoms treballen una mitjana de 48,6 hores setmanals (D.E.=14,9) davant les 42,1 hores en assalariats amb contracte (D.E.=7,9); les dones en règim d'autònoms treballen

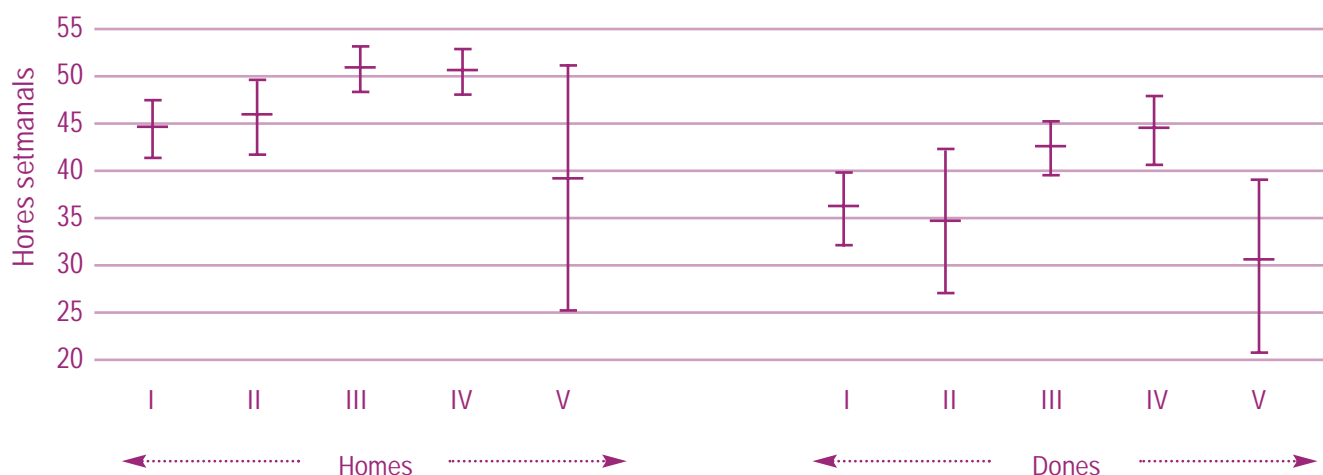
una mitjana de 40,1 hores setmanals (D.E.=12,8) davant les 37,8 hores (D.E.=8,4) en assalariades amb contracte.

Entre els assalariats, treballen més hores les persones més qualificades, les de classe social I i menys les dones de classe V (gràfic 4.33.). En canvi entre els autònoms dediquen més hores al treball

**Gràfic 4.33. Hores setmanals de treball remunerat en assalariats amb contracte segons sexe i classe social (mitjana i interval de confiança del 95%)**



**Gràfic 4.34. Hores setmanals de treball remunerat en autònoms segons sexe i classe social (mitjana i interval de confiança del 95%)**



remunerat les persones de classe social III i IV, i menys les de classe V\* (gràfic 4.34.).

Quasi la meitat dels treballadors fa jornada partida, mentre el 29% de les dones i el 20% dels homes fa jornada contínua de matí. Destaca l'alta proporció d'assalariats que afirmen tenir jornades irregulars o variables segons els dies (gràfic 4.35.).

En els homes la jornada irregular o variable és més habitual entre els més qualificats, mentre que en dones ho és en les dues categories extremes, la classe social I i la V (gràfics 4.36. i 4.37.).

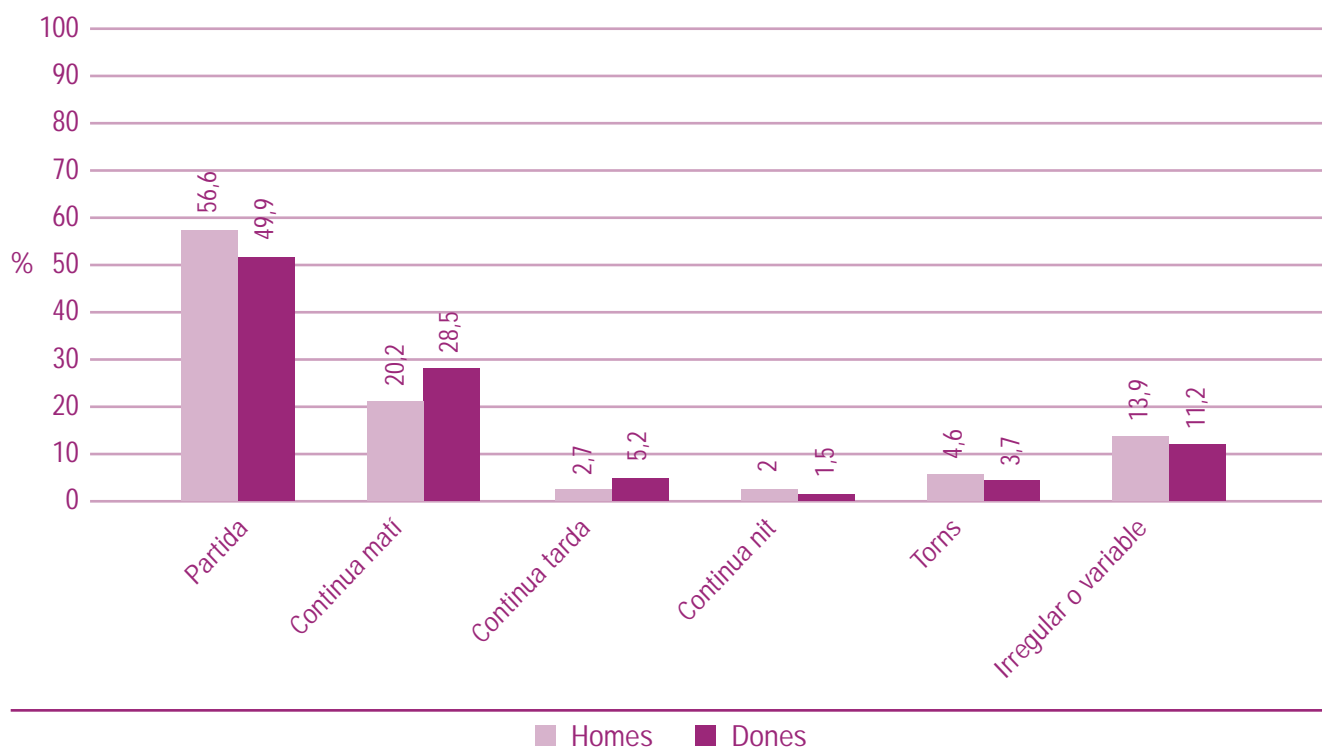
El 15% de les dones treballa a temps parcial, mentre només ho fa el 4% dels homes. Entre els assalariats, treballen amb contracte a temps parcial el 3% dels homes i l'11% de les dones. En les persones que treballen pel seu compte (autònoms, empresaris i

professionals liberals) fan jornada a temps parcial el 5% dels homes i el 15% de les dones. Finalment, entre les persones que treballa sense contracte, la proporció de persones treballant a temps parcial és més alta: el 22% dels homes i el 57% de les dones.

Els factors que expliquen el treball a temps parcial són diferents segons el tipus de relació laboral –assalariat amb contracte, autònom o sense contracte– i gènere. Entre els assalariats amb contracte, en homes no s'observa una relació clara entre la classe social i l'estat civil i el treball a temps parcial. Per contra entre les dones en la mateixa situació laboral, el treball a temps parcial és més freqüent en les de classe social V (22%) i en les casades o que viuen en parella (13% davant el 8% en solteres) (gràfic 4.38.).

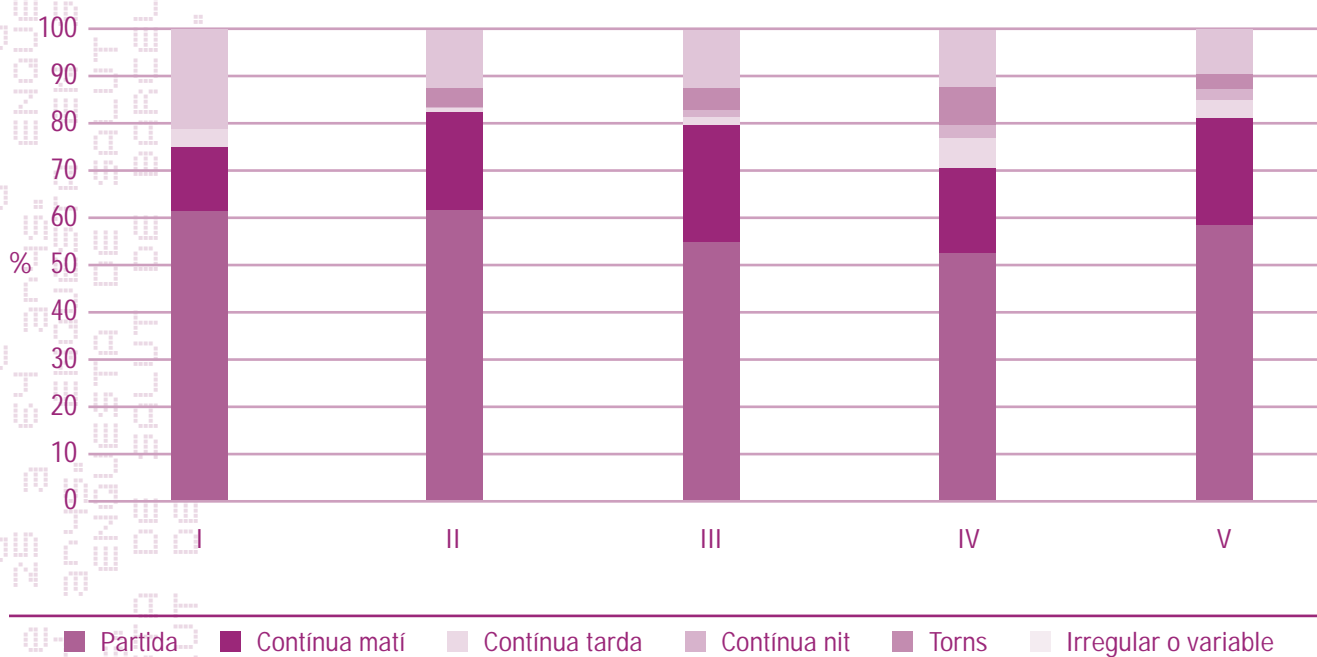
Entre els autònoms, treballar a temps parcial en homes és més habitual entre els grups extrems de clas-

**Gràfic 4.35. Tipus de jornada segons sexe en la població assalariada (%)**

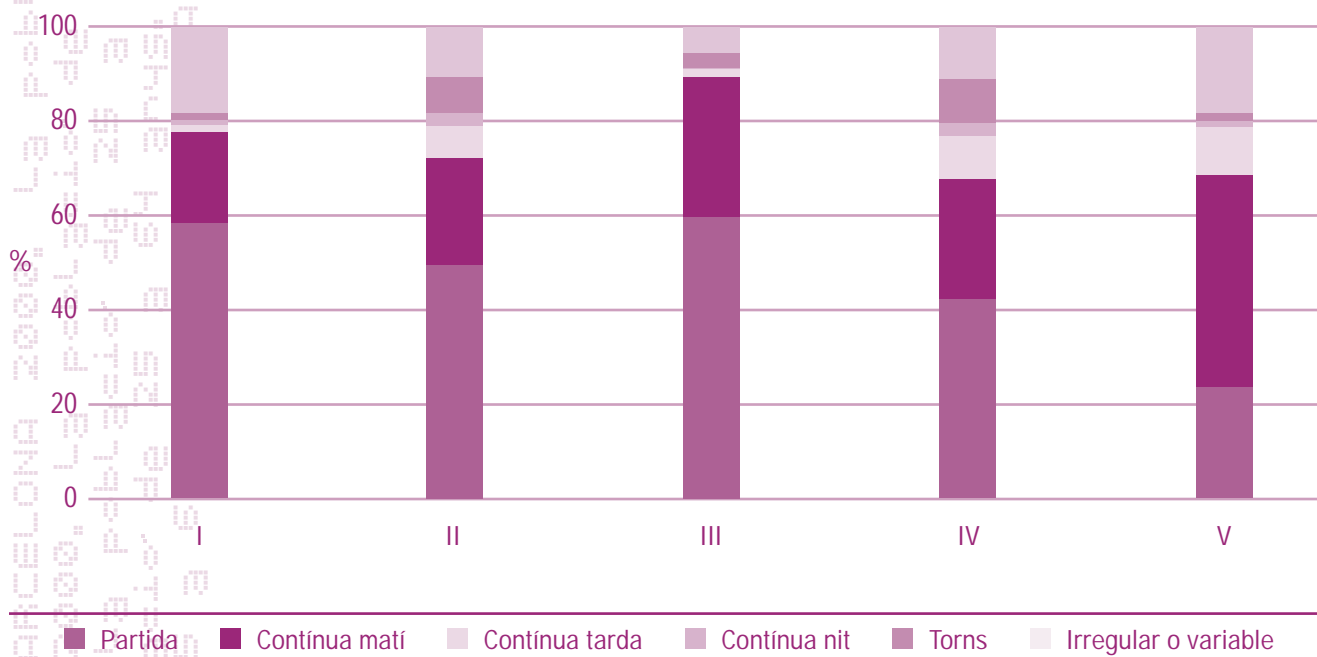


\* Els intervals de confiança són molt amplis en el cas de les persones de classe V que treballen en règim d'autònoms degut al baix nombre d'individus en els grups: 6 homes i 11 dones.

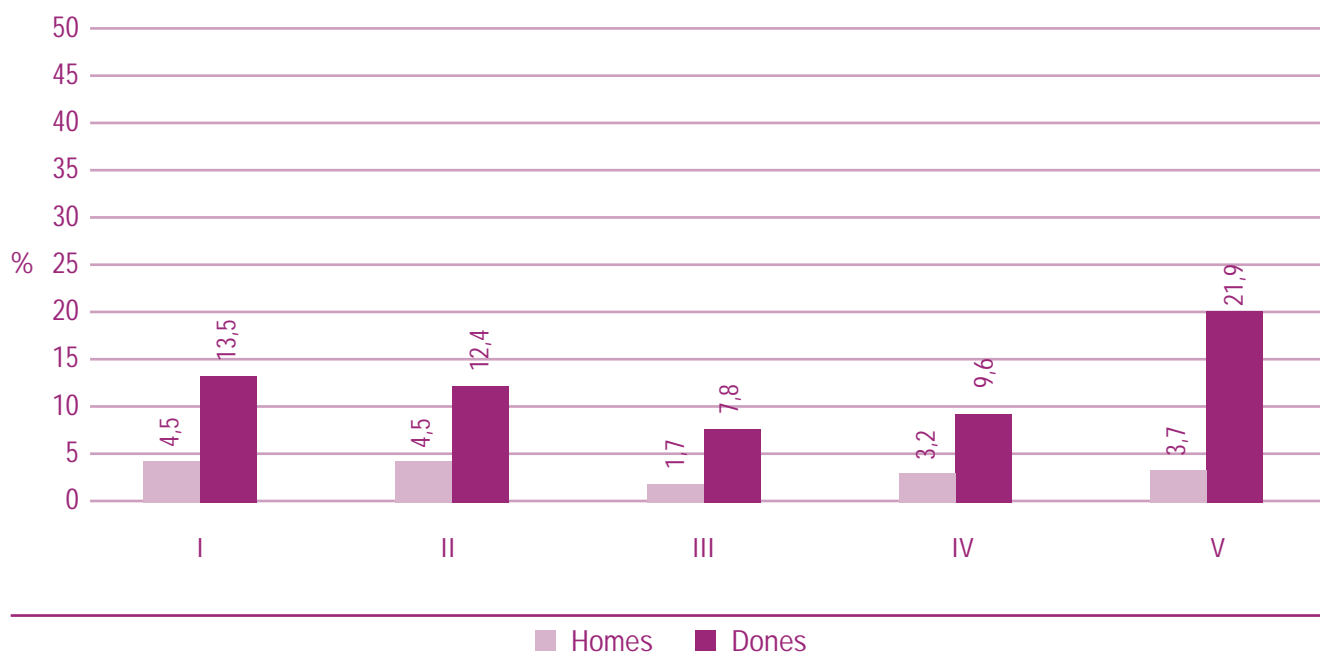
Gràfic 4.36. Tipus de jornada i classe social en homes assalariats (%)



Gràfic 4.37. Tipus de jornada i classe social en dones assalariades (%)



**Gràfic 4.38. Treball a temps parcial en assalariats amb contracte segons sexe i classe social (%)**



se social, I i, sobretot, V, i entre els solters (6,3% front al 2,4% en casats); en les dones no s'observa associació ni amb la classe ni amb l'estat civil (gràfic 4.39.).

Finalment, entre les dones que treballen sense contracte, la jornada parcial està fortament lligada a l'estat civil: és molt més freqüent entre les casades (62%) i les separades, divorciades o vídues (63%) (gràfic 4.40).

#### *L'atur*

El 7% de les persones entre 25 i 64 anys estan aturades, sense diferències de gènere, que sí n'hi ha però pel que fa al cobrament de la prestació d'atur (entre els que han treballat en alguna ocasió) més habitual en els homes (47,0% davant 33,2% en les dones). El temps en atur és també superior en les dones. Crida l'atenció l'alt percentatge de persones que afirmen no saber el temps que porten a l'atur, al voltant de la tercera part (gràfic 4.41.).

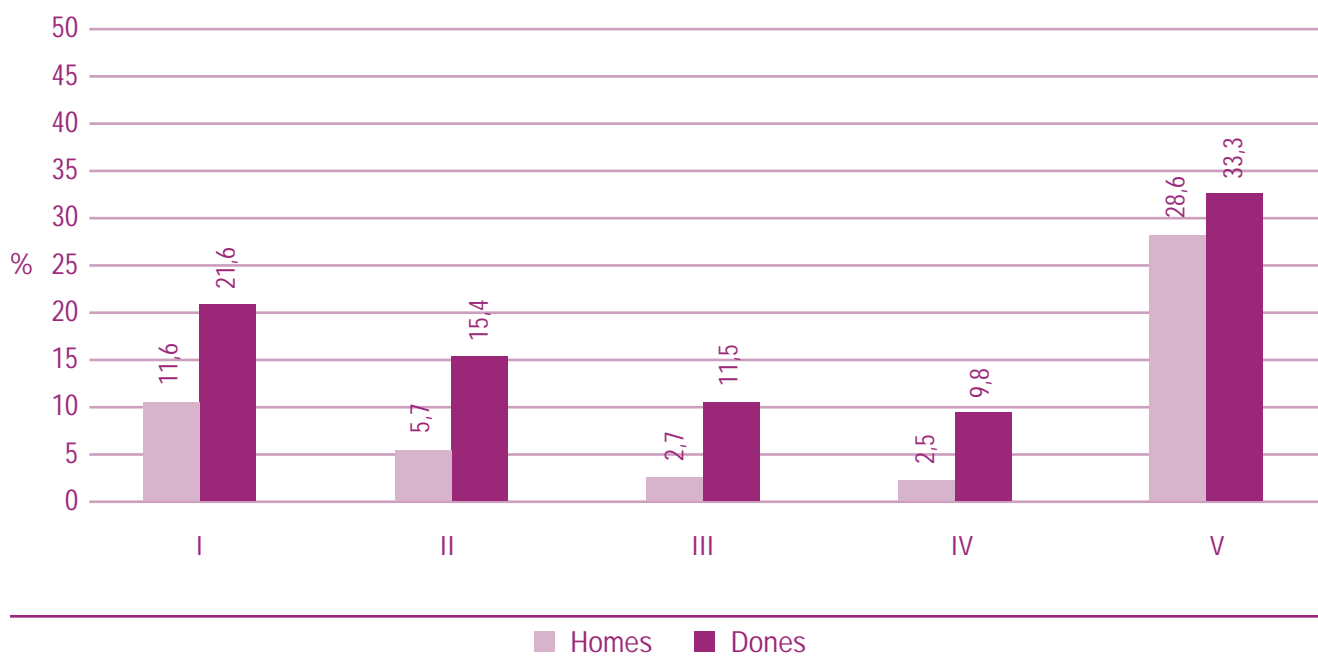
#### *Els riscos laborals*

A l'ESB2000 es va preguntar sobre la freqüència d'exposició a vuit riscos laborals, la meitat dels quals eren riscos físics (soroll, existència de pols, vapors o altre tipus de pol·lució de l'aire, aixecament de volums de més de 15 kg i moviments repetitius dels braços o de les mans) i l'altra meitat psicosocials (manca de varietat del treball, manca d'autonomia, exigències psicològiques i treball aïllat). Mentre la prevalença de riscos físics (gràfic 4.42.) era superior entre els homes, no es van observar diferències de gènere en els riscos psicosocials (gràfic 4.43.).\* La prevalença de riscos laborals físics, en ambdós sexes, era més alta entre els treballadors manuals. A més a més, en aquests darrers era també significativament superior entre els homes.

#### *La insatisfacció laboral*

El 8% dels homes i l'11% de les dones estan insatisfets amb la seva feina. Al gràfic 4.44. es mostra

Gràfic 4.39. Treball a temps parcial en autònoms segons sexe i classe social (%)

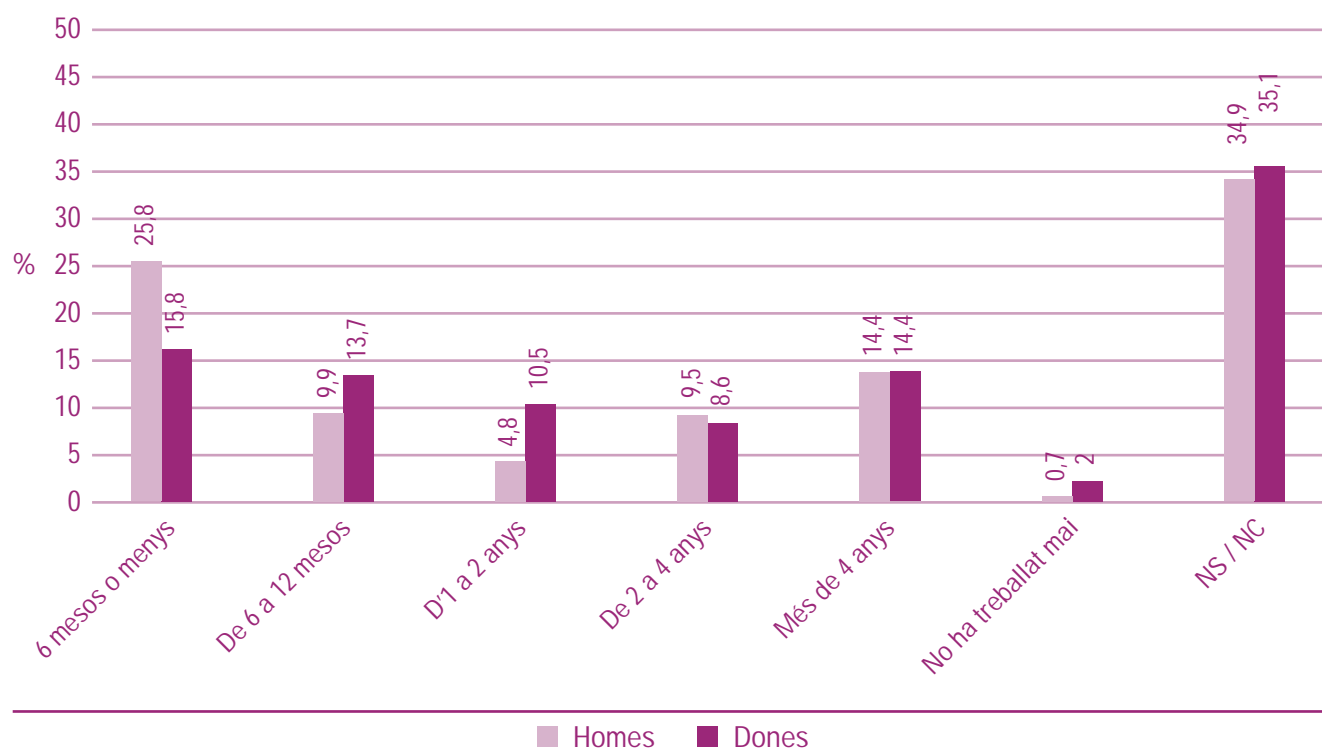


Gràfic 4.40. Treball a temps parcial en persones sense contracte segons sexe i classe social (%)

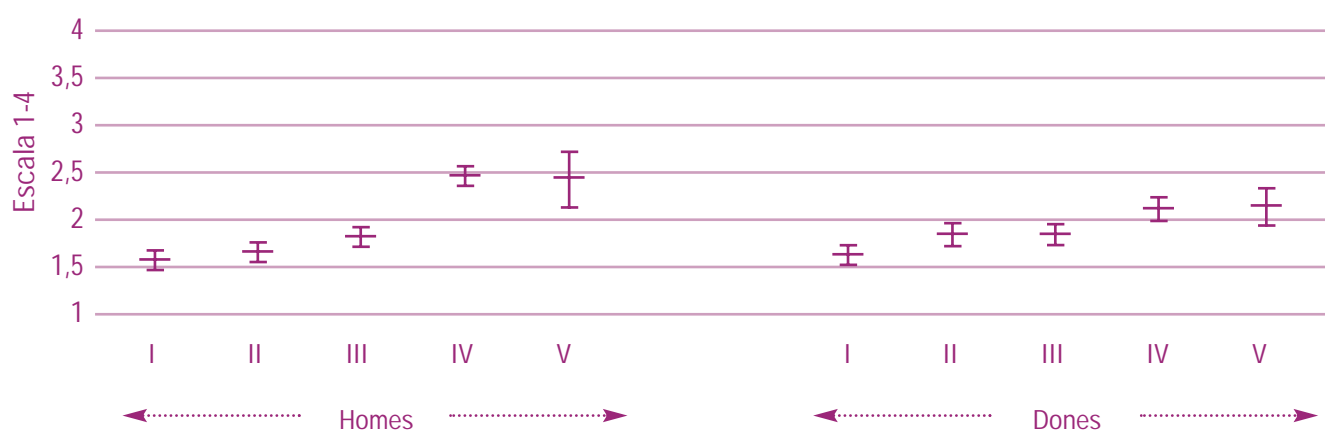


\* A l'ESB2000 es van mesurar els factors de risc laboral mitjançant una escala de tipus Likert amb quatre categories de resposta. S'han creat dues variables d'exposició globals, a cada individu la mitjana de la puntuació als riscos físics i psicosocials i s'ha assignat respectivament.

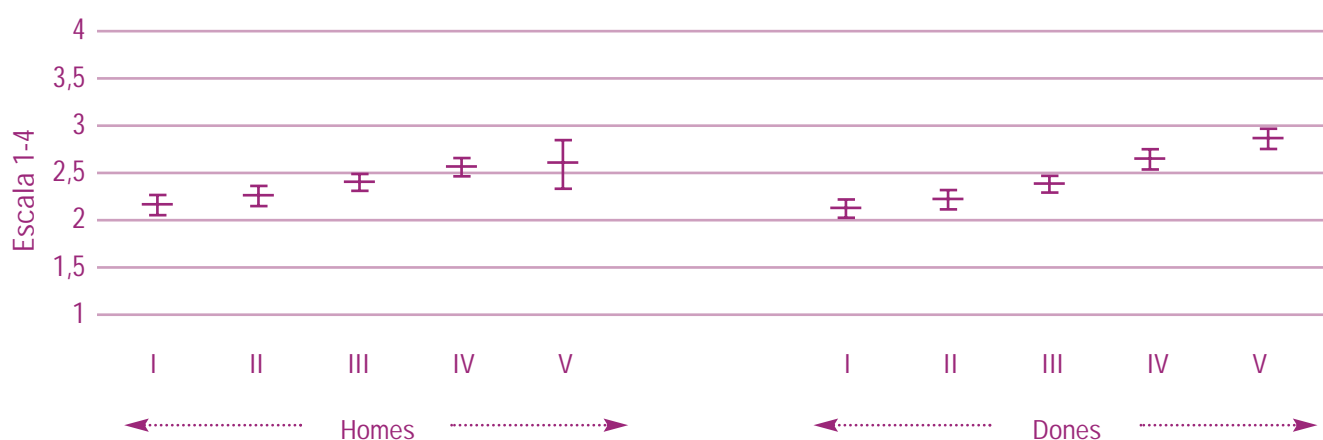
Gràfic 4.41. Temps en atur segons sexe (%)



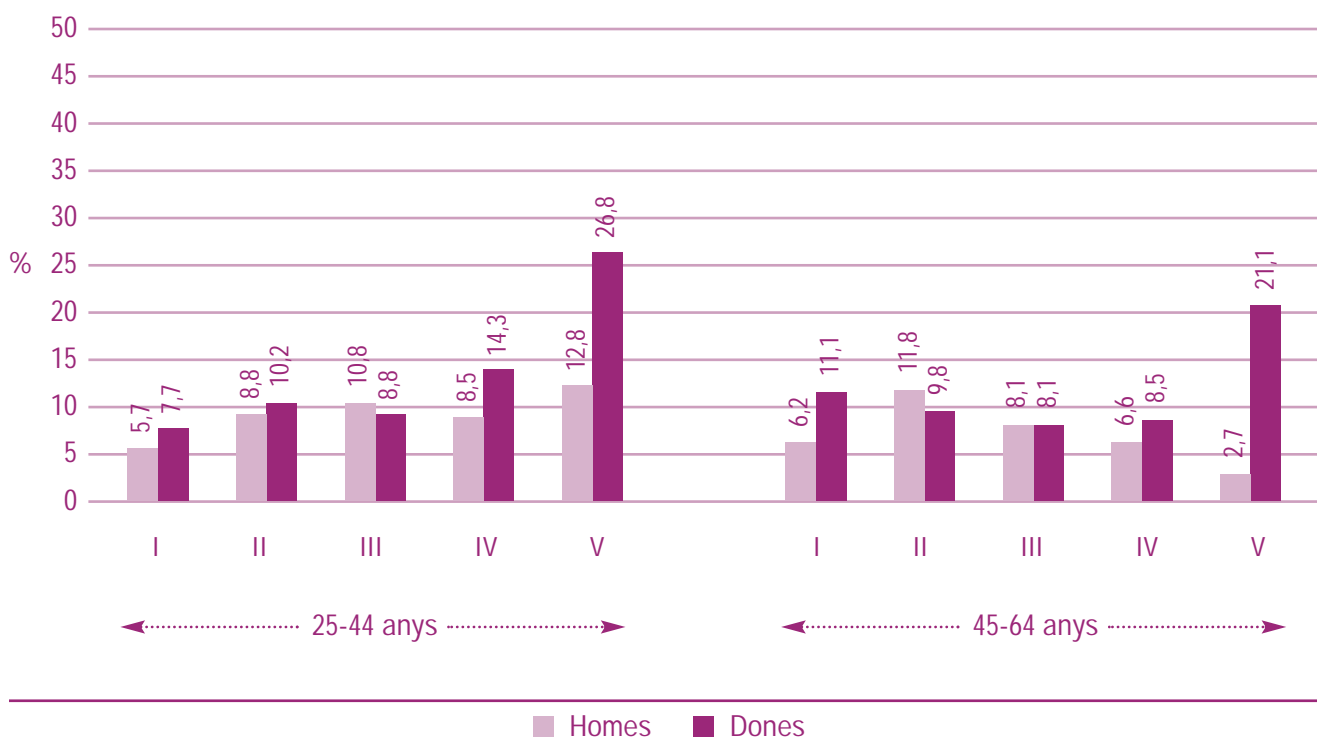
Gràfic 4.42. Factors de risc físics segons sexe i classe social (mitjana i IC95%)



Gràfic 4.43. Factors de risc psicosocial segons sexe i classe social (mitjana i IC95%)



Gràfic 4.44. Insatisfacció laboral segons classe social (%)



la distribució de la insatisfacció laboral segons sexe, classe social i grup d'edat. Destaca per sobre de tot, l'alt grau d'insatisfacció entre les dones de classe social V. No hi ha diferències en la satisfacció laboral segons la situació contractual, però entre els homes assalariats amb contracte hi ha un major grau d'insatisfacció entre els que treballen a temps parcial (7% front a 3%).

#### 4.1.4. L'estat de salut

A Barcelona, com a la majoria de les ciutats desenvolupades, l'estat de salut és pitjor entre les dones. A la taula 4.3. es mostra la prevalença de diversos trastorns de salut segons el sexe. Tot i que la majoria són més freqüents entre les dones, els homes presenten



**Taula 4.3. Trastorns de salut i visites mèdiques segons sexe (%)**

	Homes	Dones
Mal estat de salut percebut	14,5	20,4
Mal estat de salut mental	10,6	16,5
Limitació crònica de l'activitat	12,4	16,3
Al·lèrgies	13,6	16,7
Artrosi o reumatisme	9,3	20,1
Bronquitis crònica	4,8	4,0
Asma	3,6	3,7
Diabetis	3,3	2,9
Migranya	5,4	15,9
Trastorns de pròstata	3,6	-
Mal d'esquena (lumbar) crònic	16,1	27,7
Dolor cervical	14,5	31,1
Mala circulació	6,8	25,1
Trastorns cardíacs	3,3	3,0
Morenes	5,5	8,9
Embòlia/atac de feridura	1,0	0,5
Varices a les cames	5,0	22,1
Cataractes	1,9	1,8
Angina de pit/infart	1,4	0,5
Hipertensió arterial	9,9	8,8
Úlcera d'estómac o de duodè	3,6	2,7
Restrenyiment crònic	2,5	10,8
Problemes de visió	15,7	16,7
Problemes d'audició	6,0	4,2
Altres trastorns crònics	14,1	17,4
Accidents en els últims 12 mesos	13,7	14,5
Accidents de treball en els últims 12 mesos	6,4	3,3
Visites mèdiques en els últims 15 dies	16,4	24,1

prevalences més altes de trastorns cardiovasculars (angina de pit o infart, embòlia o atac de feridura i hipertensió arterial) i d'úlceres gastro-duodenals. D'altra banda, les dones tenen amb molta més freqüència problemes musculoesquelètics (artrosi o reumatisme, lumbàlgia o cervicàlgia), psicossomàtics (com les migran-

yes) o de salut mental. Aquests resultats confirmen el diferent patró d'emmalaltir dels homes i les dones, i apunten també a una diferent causalitat: els trastorns dels homes s'associen més amb els estils de vida (consum de tabac, alcohol o dietes més insaludables); els de les dones en gran mesura amb les condicions de la vida

quotidiana més desfavorables que analitzem al llarg d'aquest document.

No s'observen diferències de gènere en la incidència d'accidents en l'últim any, però sí n'hi ha en els accidents de treball, més freqüents, tal com s'esperava, en els homes.

La prevalença de mal estat de salut percebut és superior en les dones, en les classes socials baixes i en les persones més grans (gràfic 4.45.).

L'estat de salut mental no s'associa amb l'edat, però sí amb el sexe i amb la classe social: és pitjor entre les dones i en els grups més desfavorits (gràfic 4.46.).

També la prevalença de limitació crònica de l'activitat per motius de salut és superior en les dones, en les classes socials menys afavorides i

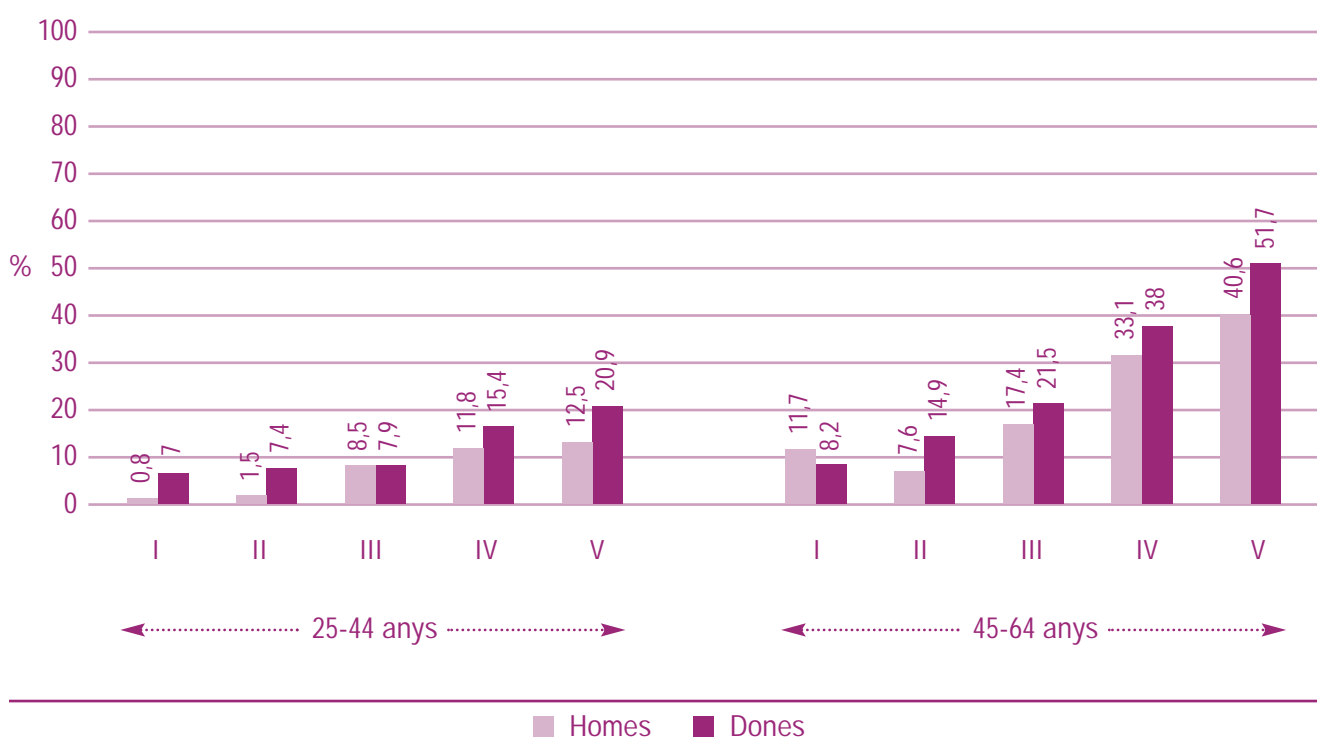
entre les persones més grans (gràfic 4.47.).

La prevalença de trastorns crònics és superior en dones i, lògicament, augmenta amb l'edat tal com s'observa al gràfic 4.48.

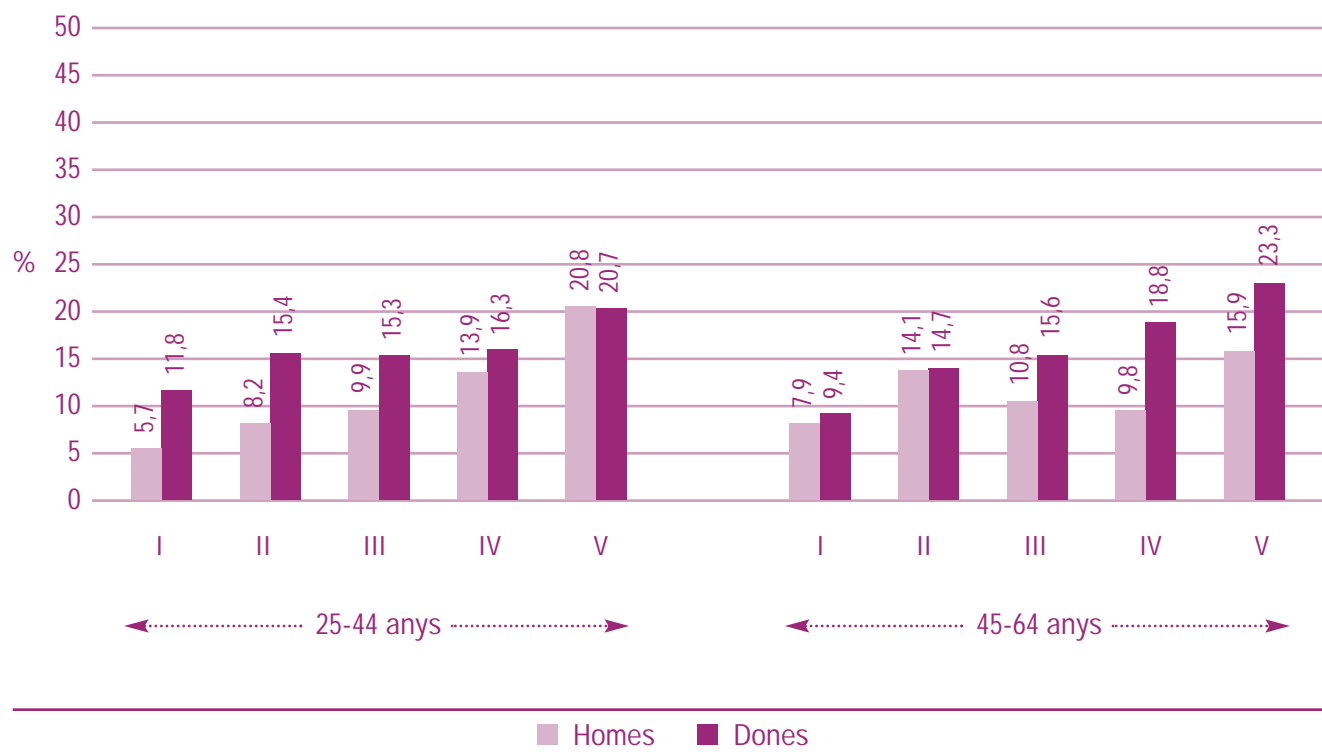
No s'aprecia un patró clar de classe social.

El 16% dels homes i el 24% de les dones entrevistades a l'ESB2000 havia visitat un professional sanitari en els 15 dies previs a l'entrevista. Les diferències de gènere s'expliquen per les visites destinades a diagnòstic i/o tractament (49% de les visites en les dones i 46,4% en els homes) i les de naturalesa preventiva (18,8% de les dones i 16% dels homes). Com s'aprecia al gràfic 4.49, les visites mèdiques són més freqüents entre les dones i en les classes socials més desfavorides; en els homes majors de 45 anys, però no s'observa un patró de classe (gràfic 4.49.).

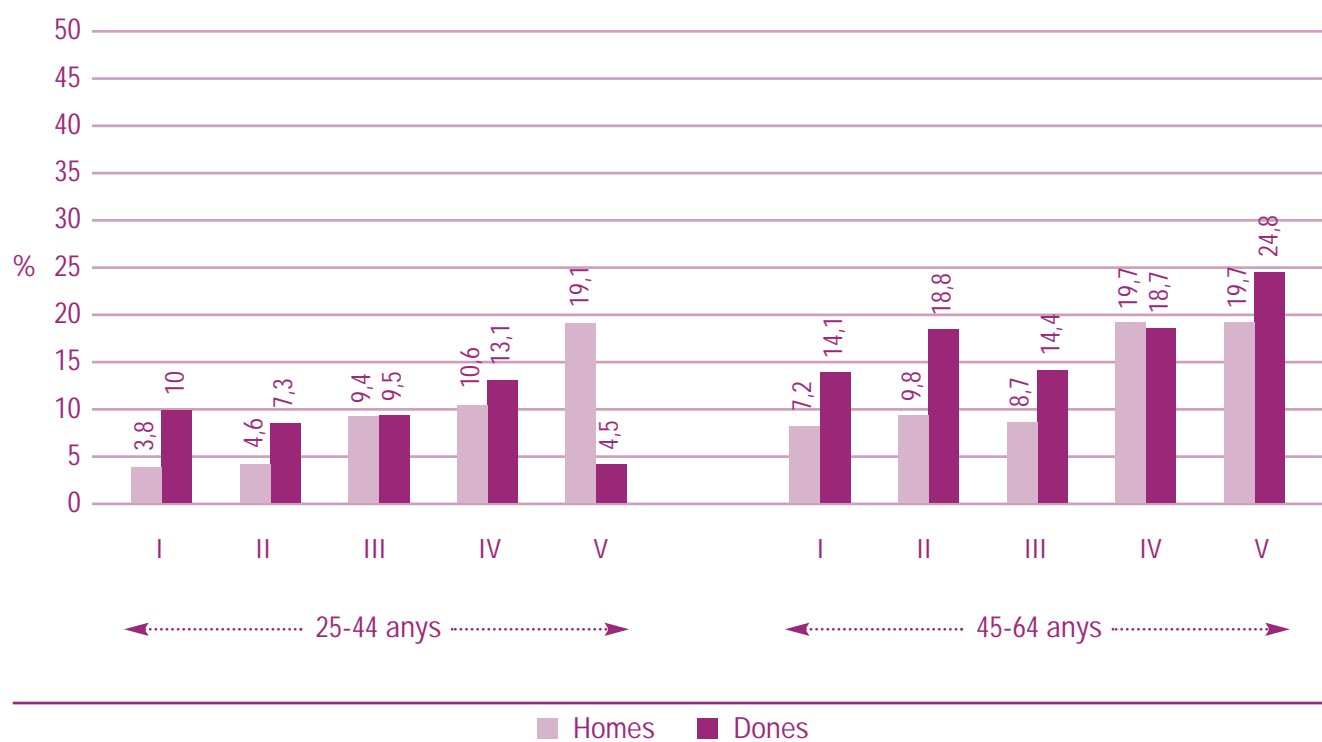
**Gràfic 4.45. Prevalença de mal estat de salut percebut segons sexe, classe social i grup d'edat (%)**



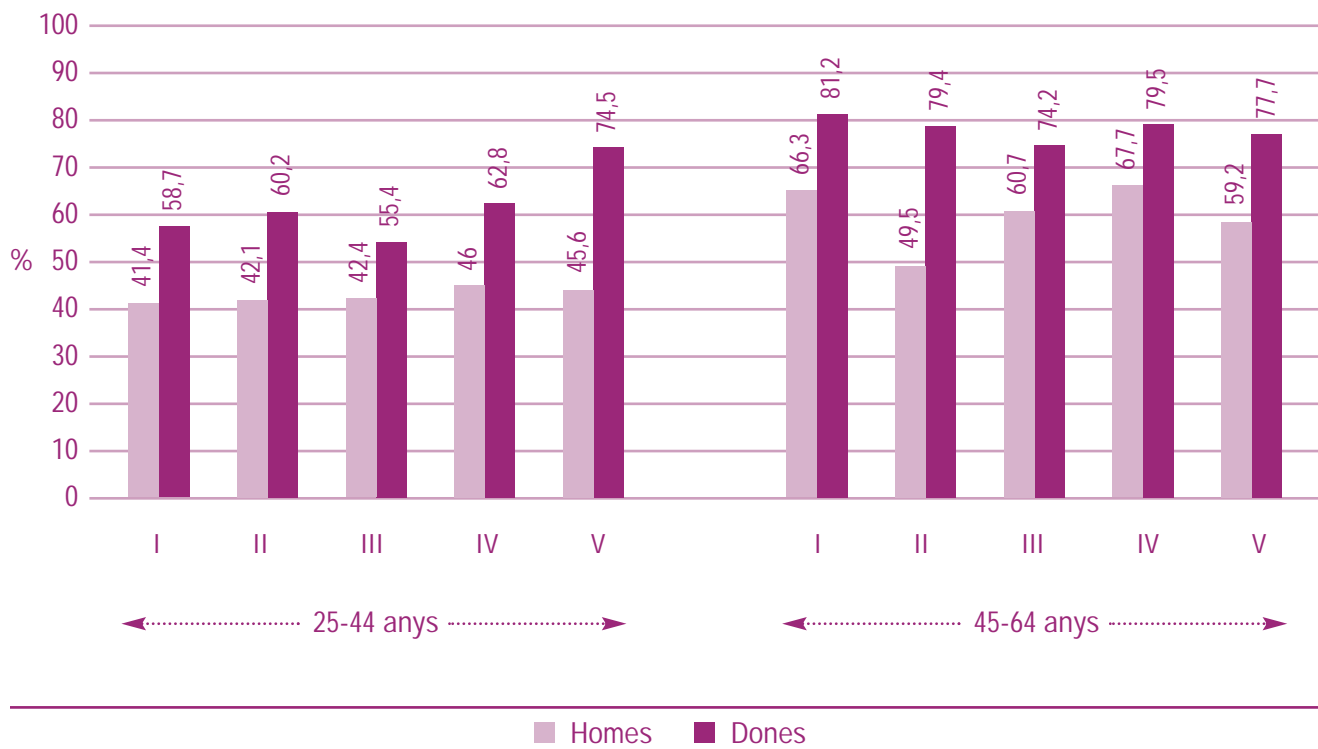
**Gràfic 4.46. Prevalença de mal estat de salut mental segons sexe, classe social i grup d'edat (%)**



**Gràfic 4.47. Prevalença de limitació crònica de l'activitat per motius de salut segons sexe, classe social i grup d'edat (%)**



**Gràfic 4.48. Proporció de persones que pateixen almenys un trastorn crònic segons sexe, classe social i grup d'edat (%)**



**Gràfic 4.49. Proporció de persones que han realitzat una visita mèdica a un professional sanitari en els últims 15 dies segons sexe (%)**



### 4.1.5. Els comportaments relacionats amb la salut

Com s'observa a la taula 4.4, la prevalença de tabaquisme és inferior en les dones; per contra les dones fan menys exercici físic i consumeixen més tranquil·litzants. No hi ha diferències en la prevalença de sobrepès i la mitjana d'hores de son al dia és similar en ambdós sexes (7,1 hores; D.E.=1,1).

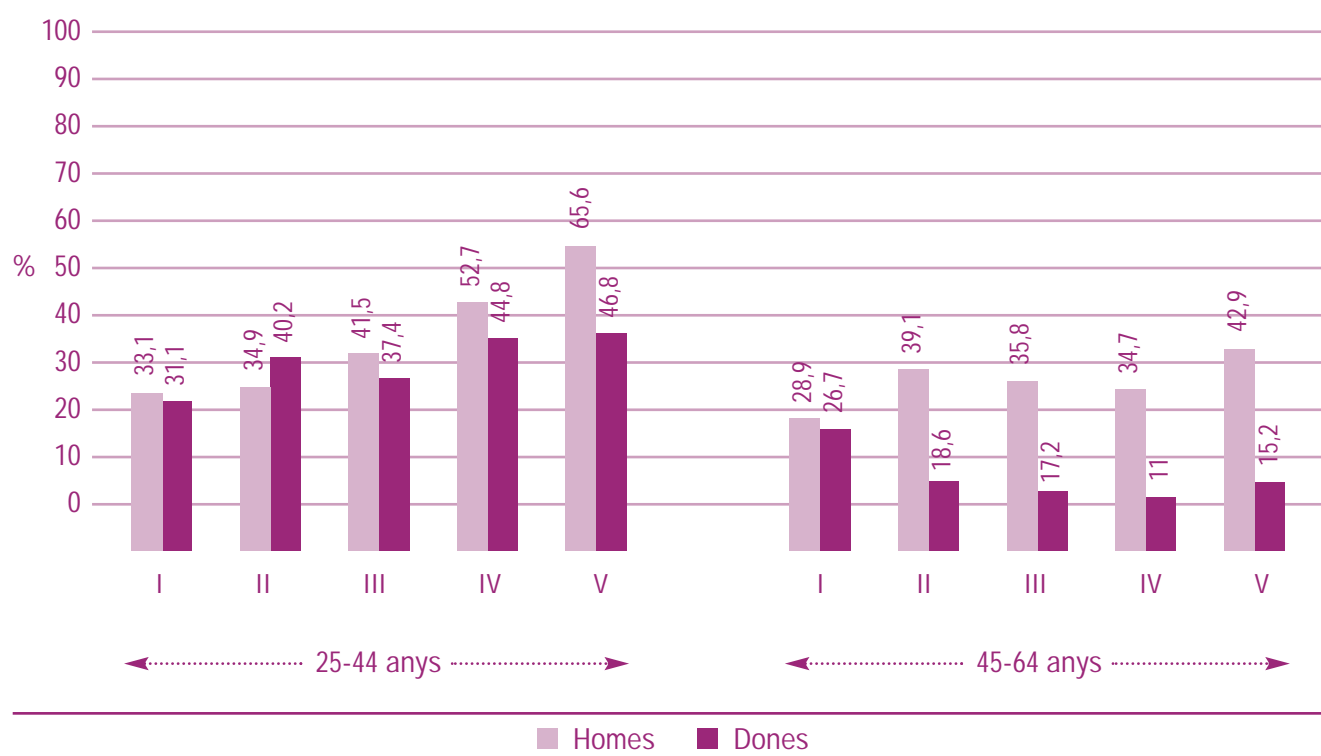
### El tabac

El 39,5% dels homes i el 28,2% de les dones de 25 a 64 anys fumen. Entre els més joves la prevalença de tabaquisme és superior en les classes socials més desfavorides, en canvi entre les dones més grans aquest patró s'inverteix, de manera que fumen menys les de classes socials menys privilegiades (gràfic 4.50.). Aquest comportament reflecteix el

**Taula 4.4. Comportaments relacionats amb la salut segons sexe (%)**

	Homes	Dones
Tabaquisme	39,5	28,2
Exercici físic	35,7	23,3
Sobrepès	24,3	22,2
Sotapès	3,2	13,7
Sis o menys hores de son diàries	24,0	26,4
Consum de tranquil·litzants	7,7	13,5

**Gràfic 4.50. Prevalença de tabaquisme segons sexe, classe social i grup d'edat (%)**



canvi de patró del tabaquisme en les dones de Barcelona, ja que de la mateixa manera que en els anys vuitanta eren els homes de classes socials més altes els que fumaven més, fet que posteriorment va evolucionar cap a un major consum entre els més desfavorits, en les dones aquest canvi justament ja s'havia produït l'any 2000 i així es reflecteix en els patrons invertits de dones més grans i més joves.

### L'exercici físic

El 36% dels homes i el 23% de les dones afirmen haver realitzat algun tipus d'activitat física o esportiva en el temps lliure en els 15 dies previs a l'entrevista, més freqüentment entre les persones de classes socials més privilegiades. Mentre entre els més joves hi ha una clara diferència de gènere, de manera que les dones practiquen exercici amb menys freqüència que els homes, entre els majors de 45 anys pràctica-

ment no hi ha diferències de gènere (gràfic 4.51.).

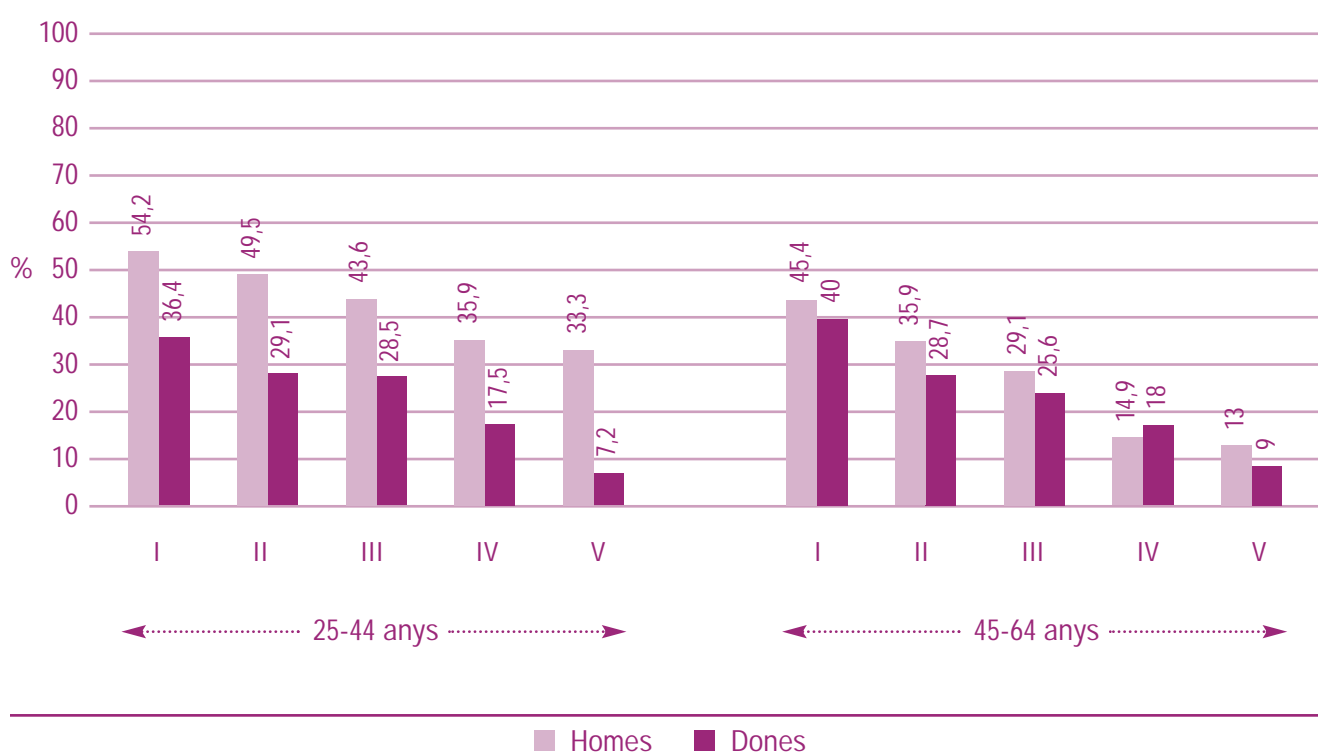
Aquest patró diferent segons l'edat, probablement s'explica en part per les limitacions de temps en les dones joves, moltes de les quals han de combinar la vida laboral i la familiar, cosa que s'aprofundirà en pròximes seccions.

### El pes corporal

Un dels problemes de salut pública que rep atenció creixent és l'anorèxia, que afecta sobretot dones joves. Tot i que l'ESB2000 no recull estrictament informació sobre anorèxia, la prevalença de baix pes que afecta el 21% de les dones joves, ens permet aproximar-nos al problema.

El 23% de les persones de 25 a 64 anys, sense diferències de gènere, tenen sobrepès, més freqüent-

**Gràfic 4.51. Pràctica d'exercici físic segons sexe, classe social i grup d'edat (%)**



ment entre els més grans i en les classes socials més baixes (gràfic 4.52.).

## Les hores de son

Dormir sis hores o menys al dia és més freqüent entre les dones (54% front al 51%). Si entre els homes no s'observen diferències segons edat o classe social, entre les dones la proporció de les que dormen poc és superior entre les més grans i les de classes menys privilegiades (gràfic 4.53.).

## El consum de tranquil·litzants

Prendre tranquil·litzants, pastilles per dormir o pels nervis és més freqüent entre les dones, sobretot entre les més grans. Destaca el diferent patró de classe en aquest grup d'edat respecte a la salut mental. Mentre l'estat de salut mental és pitjor entre les dones

de classes més desfavorides, el consum de tranquil·litzants, pastilles per dormir o pels nervis ho és més entre les de classe social I (gràfic 4.54.).

## 4.2. La salut, els rols laborals i els rols familiars

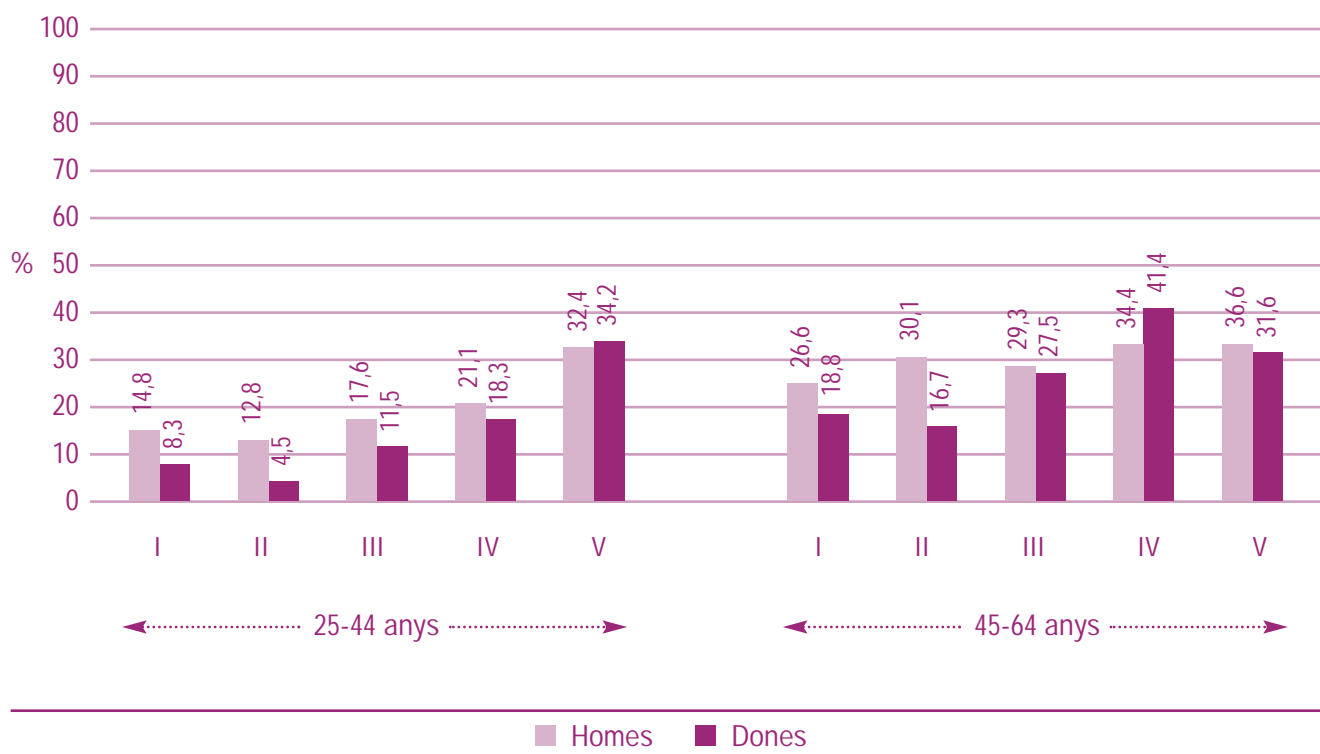
### 4.2.1. L'estat de salut

En aquesta secció s'estudia la relació de diferents indicadors de salut amb la situació laboral (ocupat/da, aturat/da, mestressa de casa<sup>\*</sup> i altres<sup>\*\*</sup>) i l'estat civil (solter/a, casat/da i separat/da, divorciat/da o vidu/vídua). L'anàlisi ha estat ajustada sempre per l'edat i la classe social.

### L'estat de salut percebut

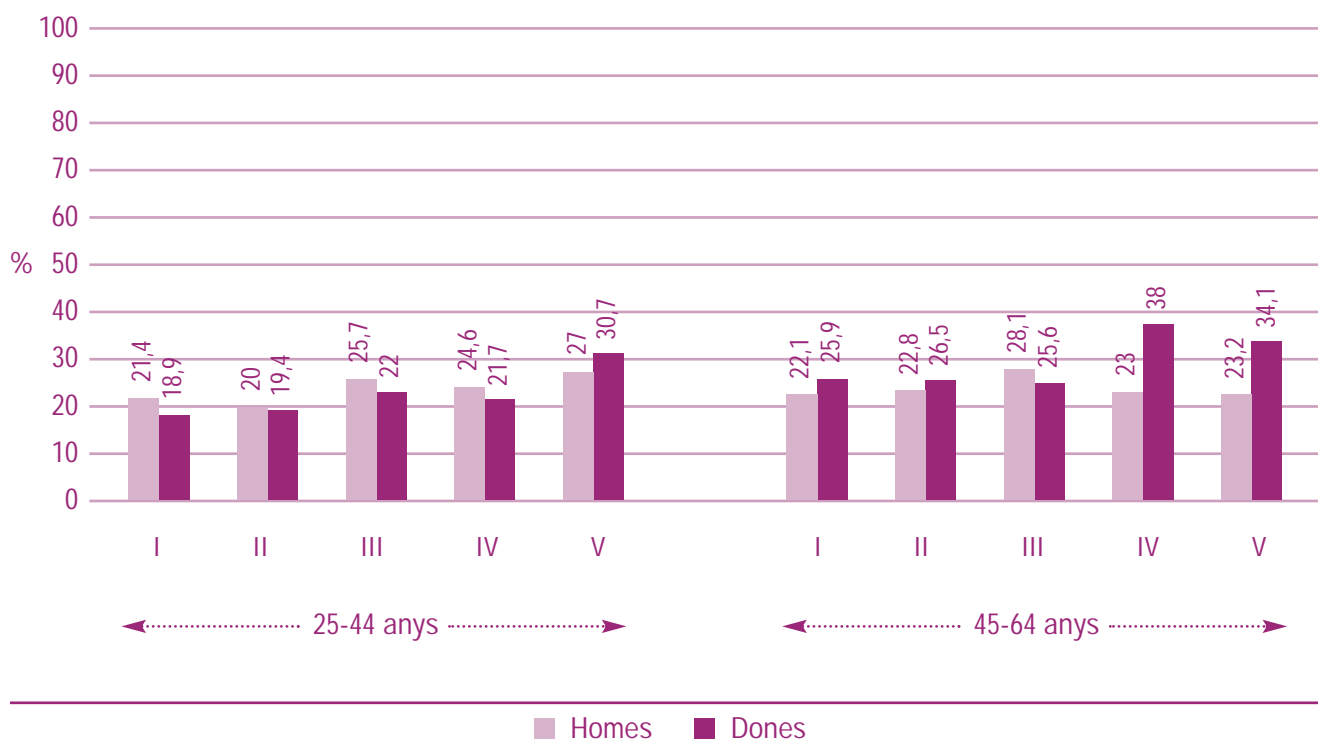
L'estat de salut percebut no s'associa a l'estat

Gràfic 4.52. Prevalença de sobrepès segons sexe, classe social i grup d'edat (%)

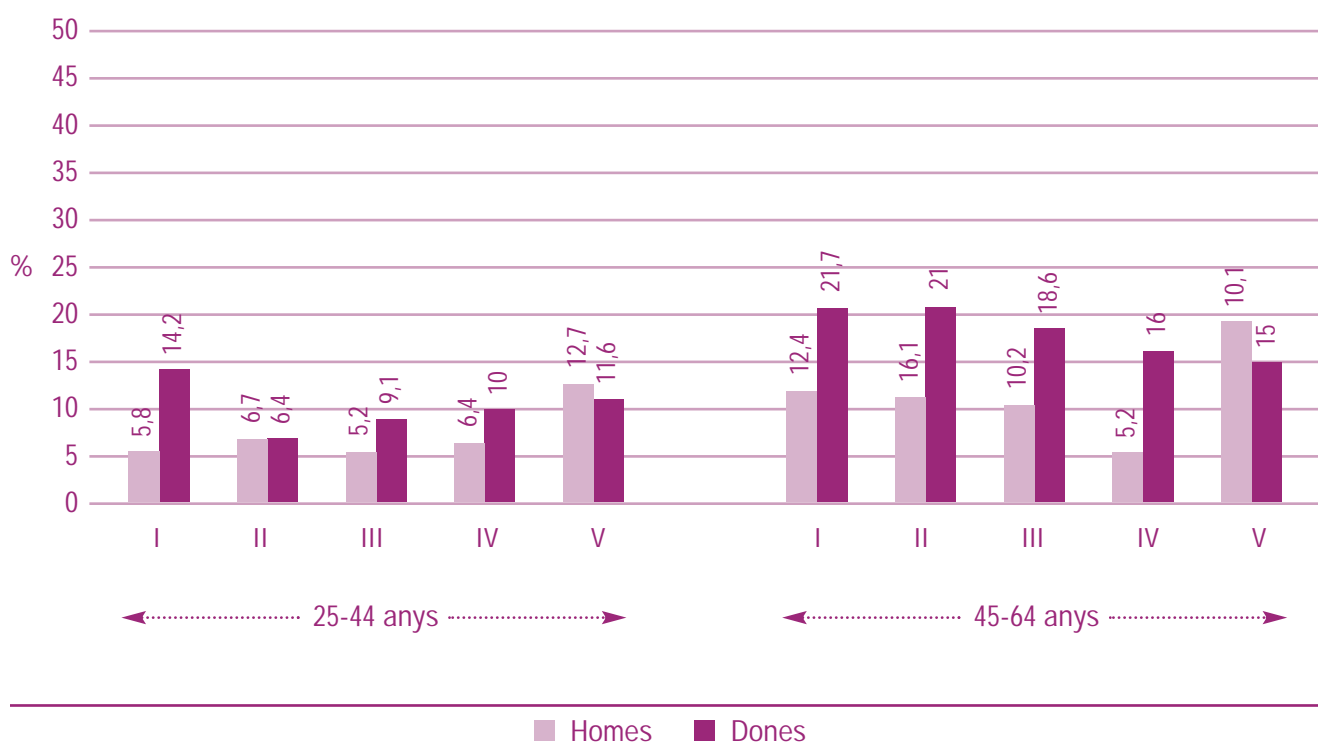


\* No existeix la categoria de mestresses de casa en homes.  
 \*\* Inclou jubilats/des, estudiants, incapacitats/des i invalidesa permanent.

**Gràfic 4.53. Persones que dormen sis hores o menys al dia segons sexe, classe social i grup d'edat (%)**



**Gràfic 4.54. Persones que han pres tranquil·litzants, pastilles per dormir o pels nervis en l'últim mes segons sexe, classe social i grup d'edat**





civil ni en homes ni en dones, però en ambdós sexes es relaciona amb la situació laboral. Òbviament, l'estat de salut percebut és pitjor entre les persones més grans i en el grup «altres» que inclou les persones amb incapacitat o invalidesa permanent. Entre les dones, les diferències entre ocupades i mestresses de casa –aquestes darreres amb major proporció de mal estat de salut– s'incrementen substancialment entre les més grans. Destaca el pitjor estat de salut en els homes entre les persones en situació d'atur (gràfic 4.55.).

### L'estat de salut mental

En ambdós sexes, l'estat de salut mental s'associa amb la situació laboral i amb l'estat civil: és millor entre les persones casades i pitjor entre les persones aturades. En aquestes últimes, les diferen-

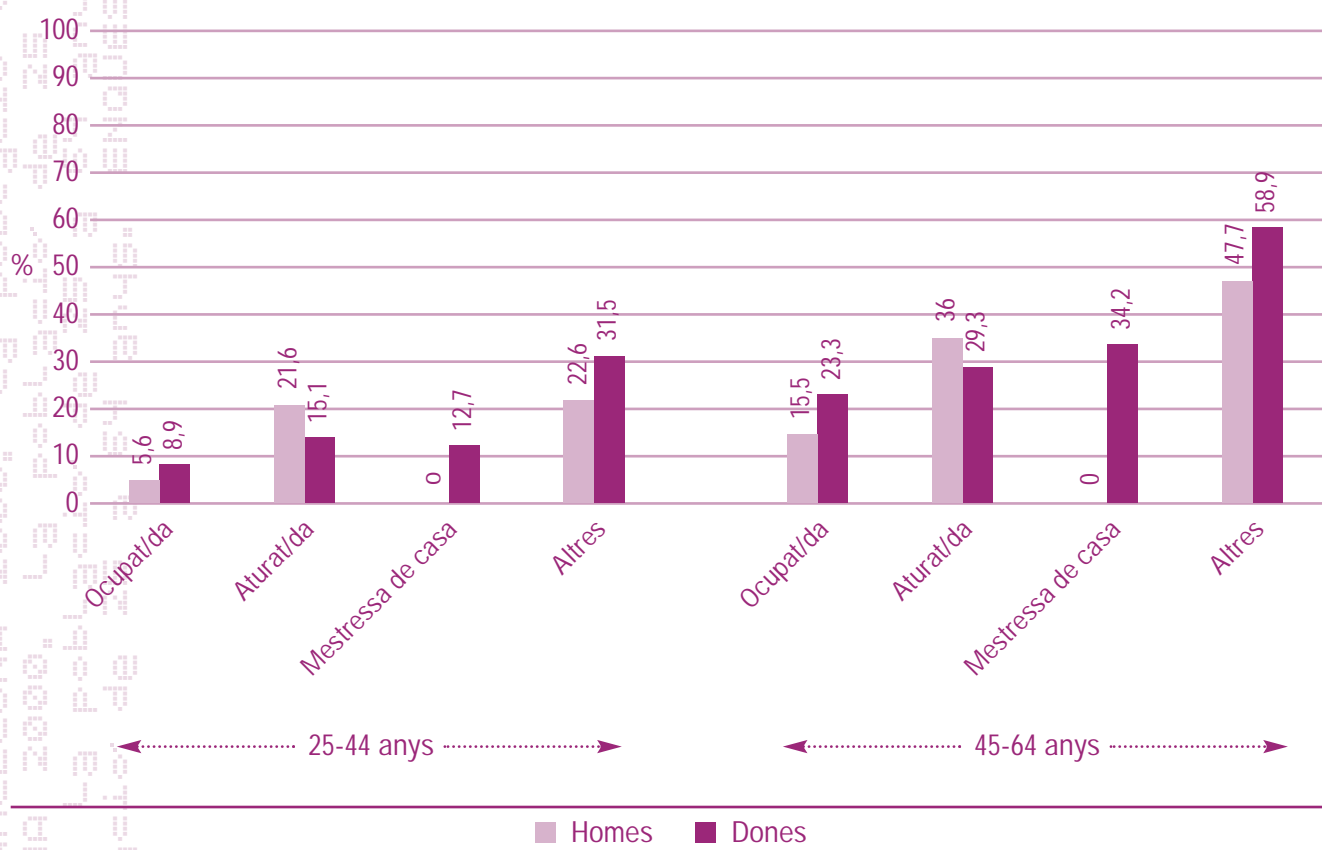
cies de gènere són més marcades entre els més joves, entre els quals l'atur sembla tenir més impacte sobre la salut mental dels homes (gràfic 4.56.).

En ambdós sexes les persones casades o que viuen en parella tenen el millor estat de salut mental. Destaquen les diferències de gènere en l'estat de salut mental de les persones solteres: les dones estan pitjor, sobretot en el col·lectiu de més edat (gràfic 4.57.).

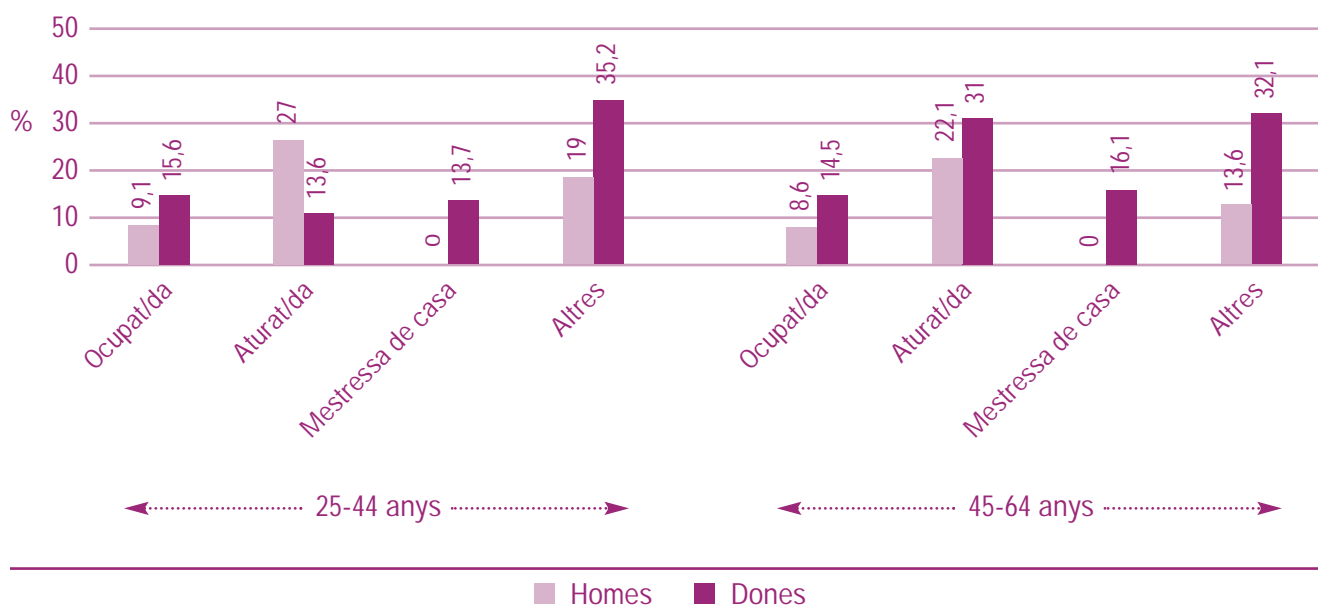
### Les visites mèdiques

Visitar un professional sanitari, com ja s'ha comentat, és més freqüent entre les dones. A més a més, en ambdós sexes és més freqüent en la categoria «altres» de situació laboral que, recordem, inclou incapacitats o persones amb invalidesa permanent (gràfic 4.58.).

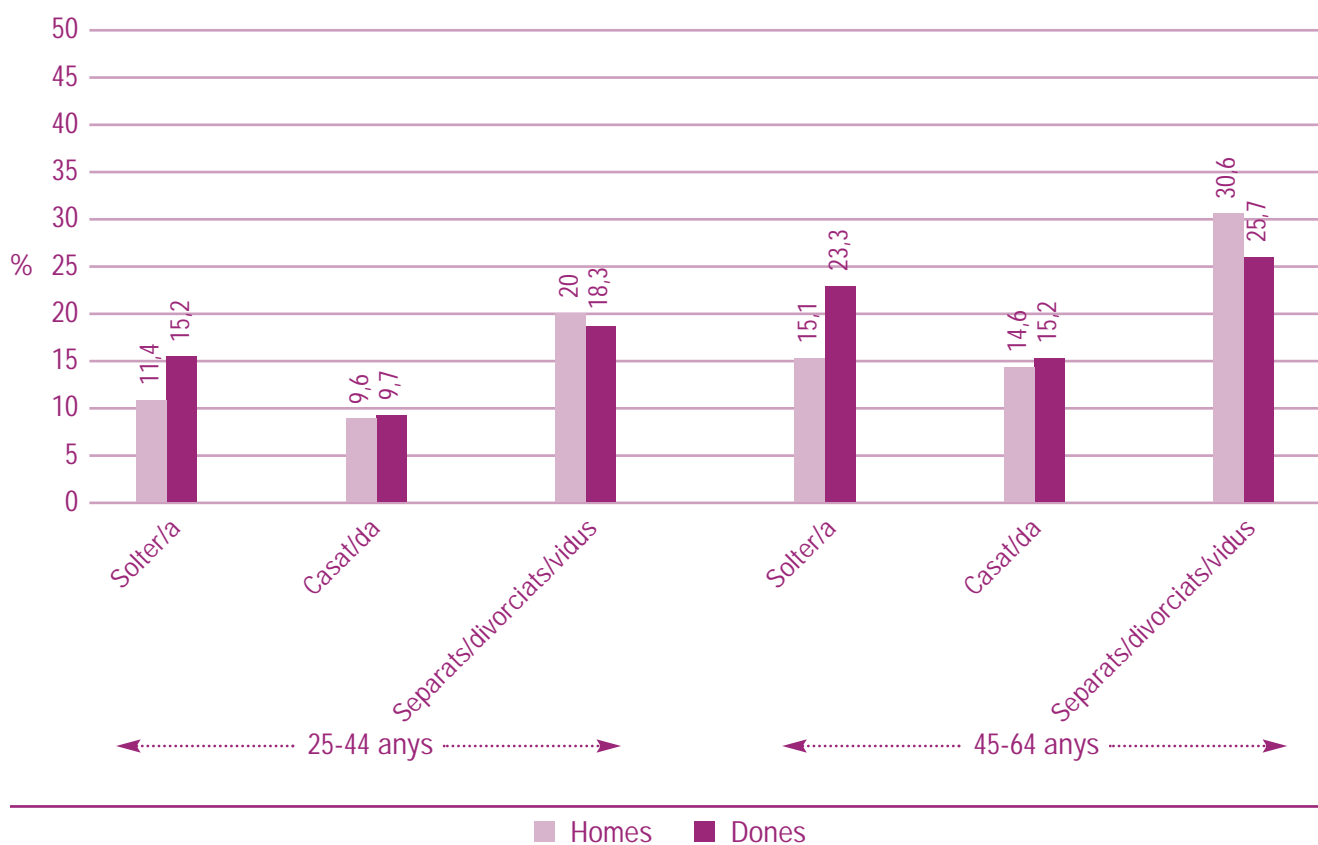
**Gràfic 4.55. Prevalença de mal estat de salut percebut segons sexe, situació laboral i grup d'edat (%)**



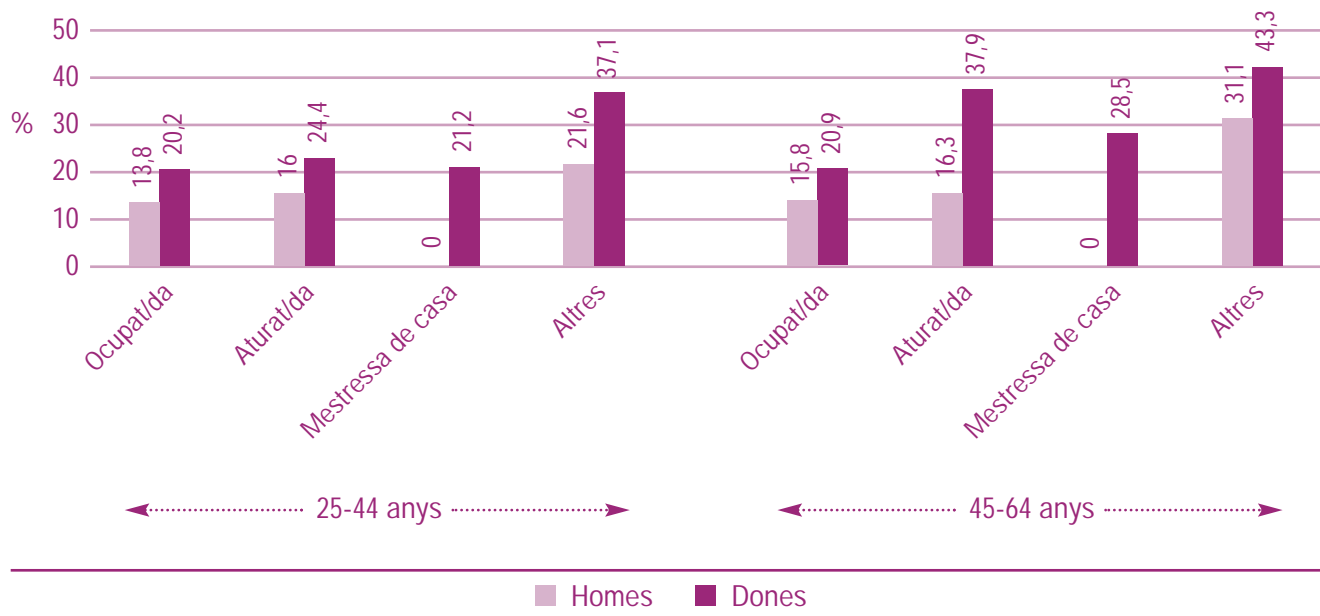
**Gràfic 4.56. Prevalença de mal estat de salut mental segons sexe, situació laboral i grup d'edat (%)**



**Gràfic 4.57. Prevalença de mal estat de salut mental segons sexe, estat civil o de convivència i grup d'edat (%)**



**Gràfic 4.58. Persones que han visitat un professional sanitari en els últims 15 dies segons sexe i situació laboral (% estandarditzats per l'edat)**



#### 4.2.2. Els comportaments relacionats amb la salut

Hi ha diferències en tots els comportaments relacionats amb la salut segons la situació laboral i l'estat civil o de convivència.

##### El tabac

En relació amb la situació laboral, cal destacar en els homes l'alta prevalença de tabaquisme entre els aturats i en dones el diferent patró en les mestresses de casa segons grup d'edat: si en les més joves fumar no s'associa a la situació laboral, en les més grans la prevalença de tabaquisme és significativament més baixa entre les mestresses de casa (gràfic 4.59.).

En ambdós sexes, fumar és més freqüent entre les persones separades, divorciades i vídues, amb diferències més marcades en els homes (gràfic 4.60.).

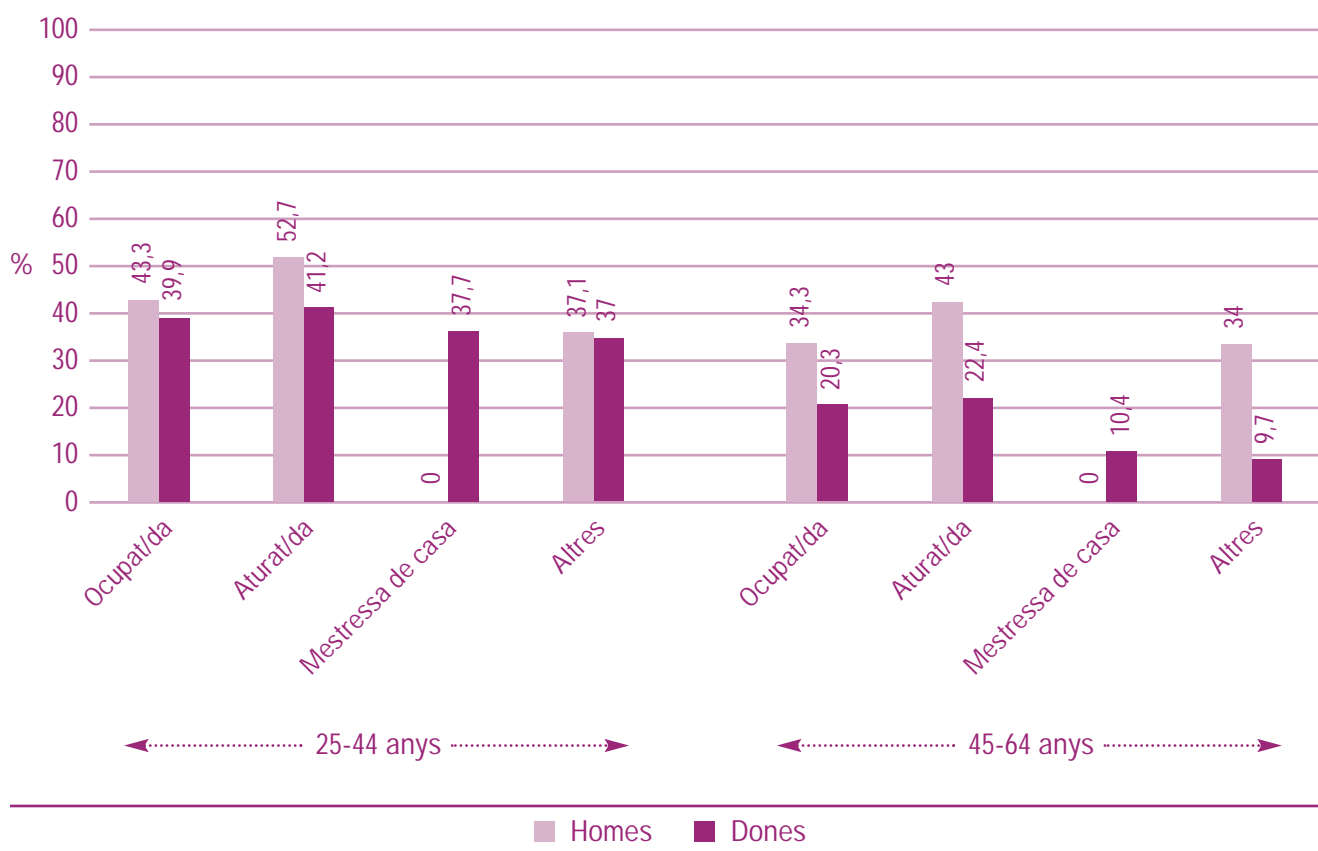
El fet que fumar sigui més habitual en situacions vitals estressants com ara l'atur o ser una persona separada, divorciada o vídua, suggereix la possible utilització del tabac com a element per afrontar l'estrès, cosa que s'hauria de tenir en compte en els programes de prevenció del tabaquisme.

##### L'exercici físic

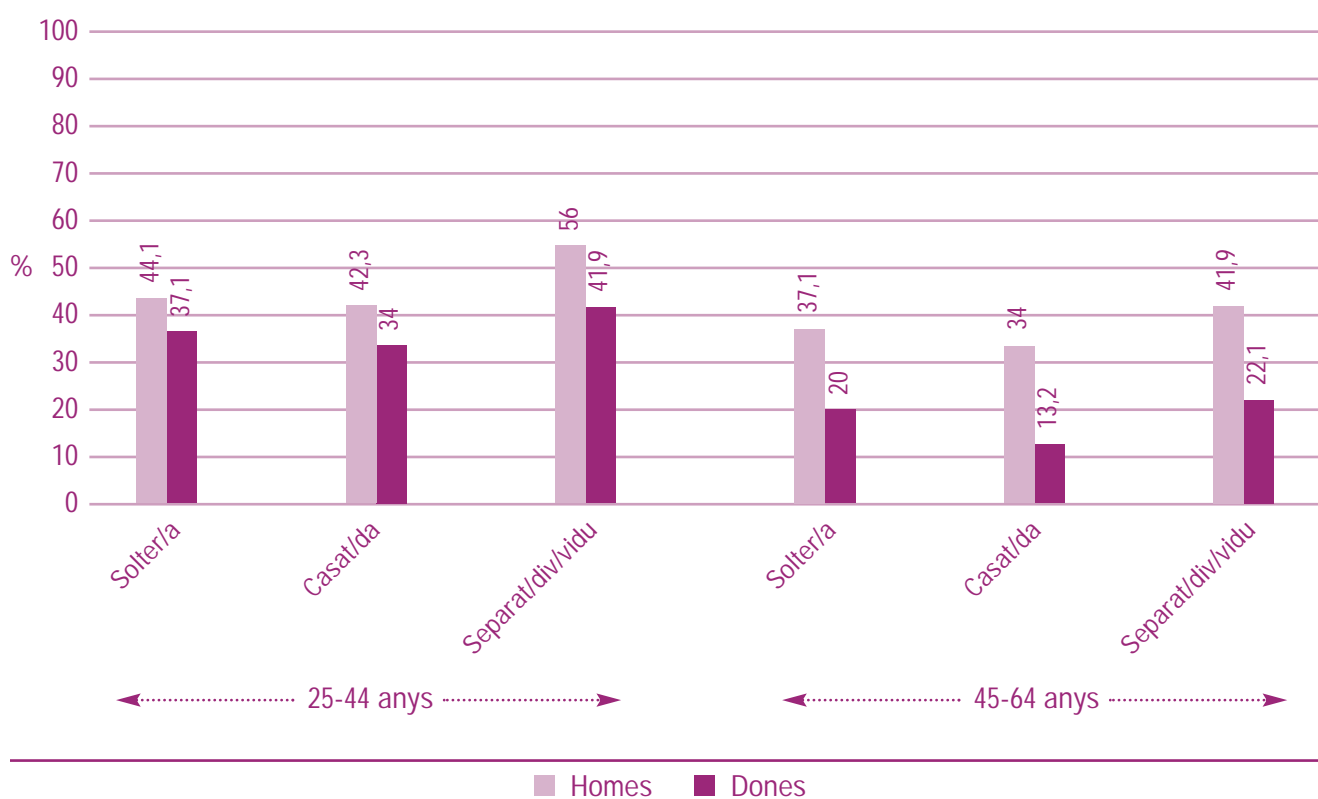
Com s'aprecia al gràfic 4.61., mentre que entre els homes la pràctica d'exercici físic és molt més habitual en els joves, en les dones pràcticament no s'observen diferències segons grups d'edat. Així, les diferències de gènere en aquest comportament saludable són més accentuades en els joves.

Quant a l'estat civil o de convivència, entre els més joves d'ambdós sexes, fan menys exercici físic les persones casades o que viuen en parella. Destaca sobretot la baixa proporció de dones en aquesta situació que practiquen exercici (gràfic 4.62.).

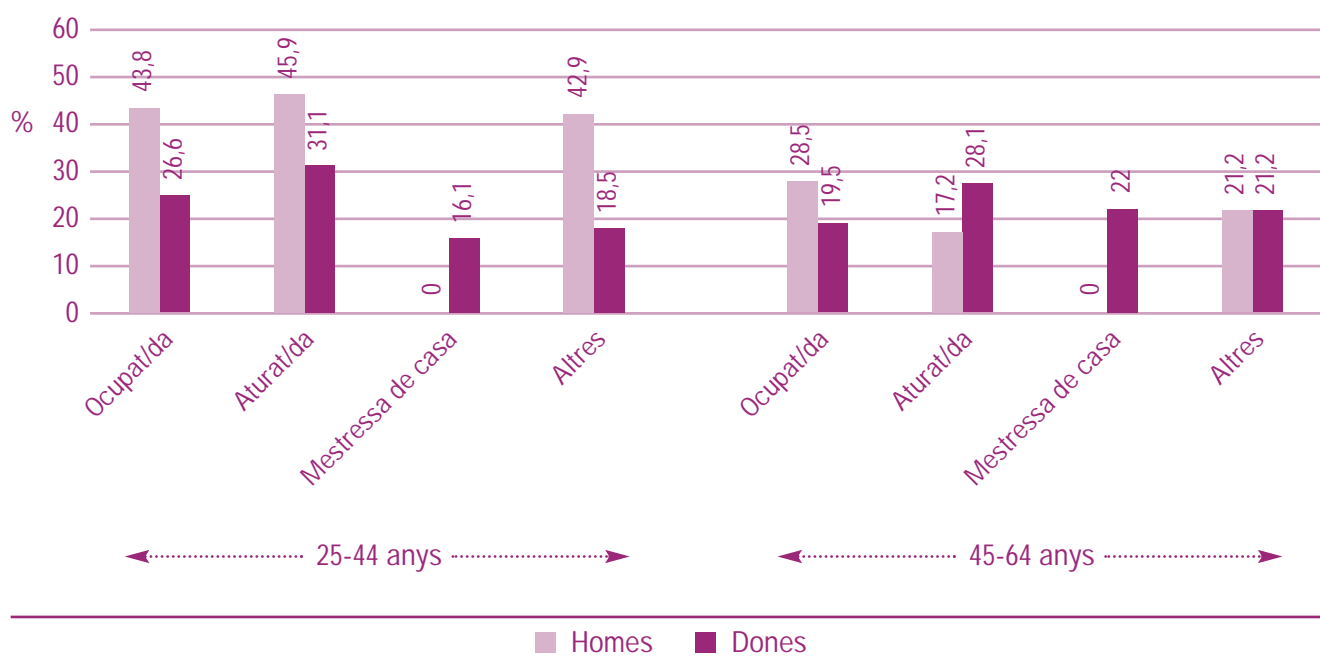
Gràfic 4.59. Tabaquisme segons sexe, situació laboral i grup d'edat (%)



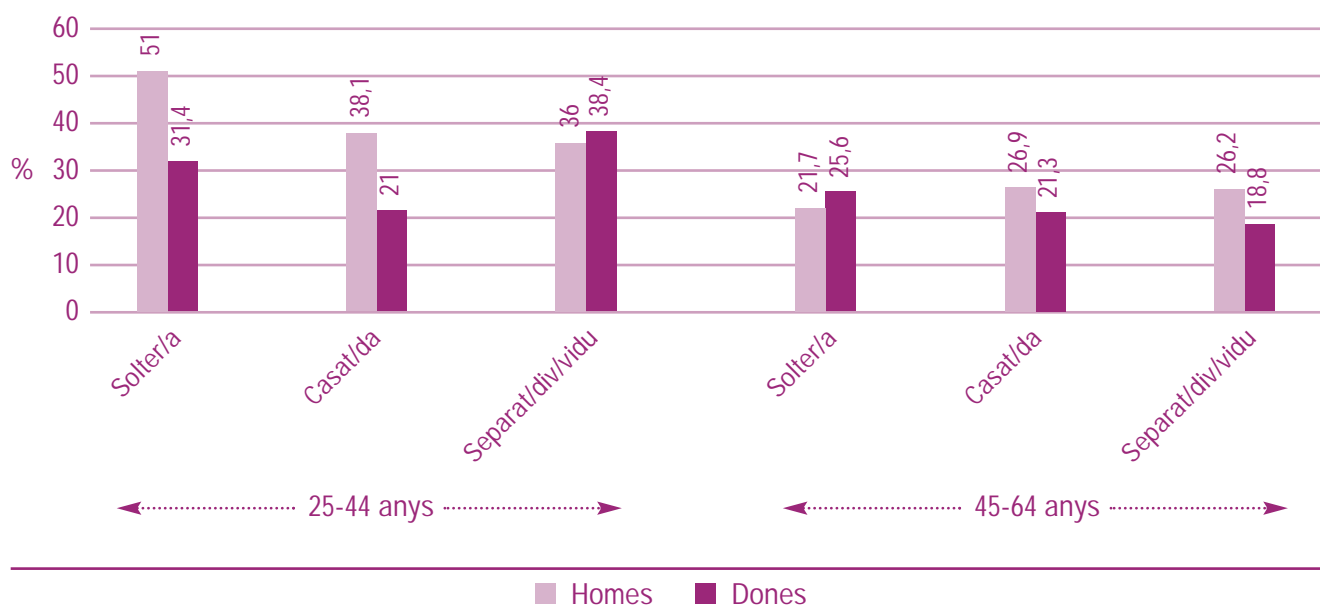
Gràfic 4.60. Tabaquisme segons sexe, estat civil o de convivència i grup d'edat (%)



Gràfic 4.61. Pràctica d'exercici físic segons sexe, situació laboral i grup d'edat (%)



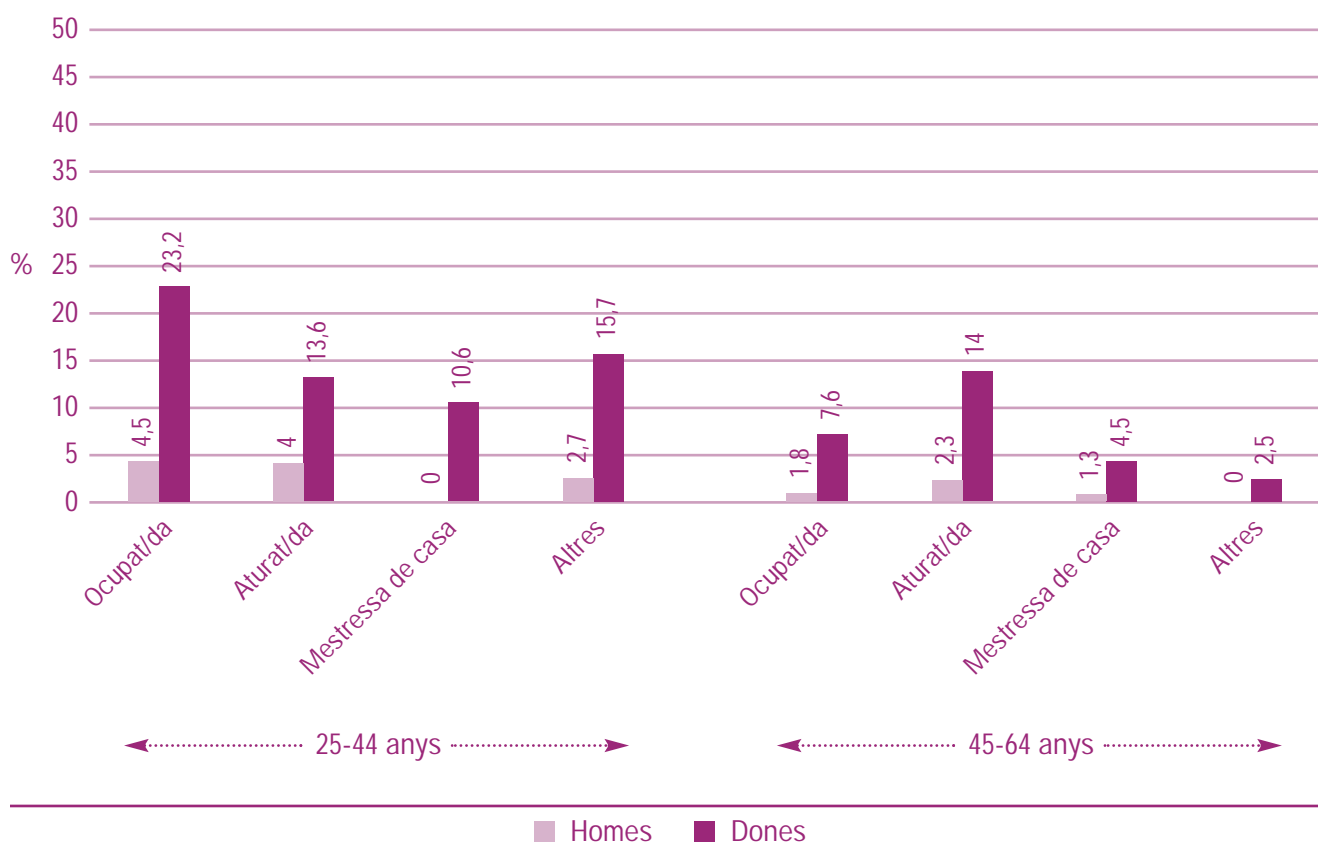
Gràfic 4.62. Pràctica d'exercici físic segons sexe, estat civil i grup d'edat (%)



## El pes corporal

El risc de baix pes entre les dones més joves és més alt en les ocupades (23% davant un 12% en les aturades i 10% en les mestresses de casa), el qual fa refle-

xionar sobre fins a quin punt estar prima és una exigència, més o menys explícita, del mercat laboral a les dones joves (gràfic 4.63.). A més a més, és superior en ambdós grups d'edat entre les treballadores més qualificades. Entre les dones més grans, el baix pes és més

**Gràfic 4.63. Sotapès segons sexe, situació laboral i grup d'edat (%)**

freqüent en les aturades (19% davant un 9% entre les ocupades i un 4% en les mestresses de casa). El baix pes no s'associa amb l'estat civil o de convivència.

El sobrepès s'associa a la situació laboral amb algunes diferències segons sexe i grup d'edat. Independentment del sexe i del grup d'edat, és més freqüent en la categoria «altres». Entre els més joves, en les dones la prevalença és significativament més baixa entre els ocupats; en les més grans és molt més alta en les mestresses de casa (gràfic 4.64.).

La relació entre el sobrepès i l'estat civil o de convivència és diferent segons gènere i grup d'edat. Entre els més joves, els homes casats o que viuen en parella presenten les prevalences més altes, mentre en les dones del mateix grup d'edat afecta sobretot a les separades, divorciades o vídues. Entre els més grans,

en ambdós sexes, el sobrepès és més prevalent en les persones casades o que viuen en parella (gràfic 4.65.).

### Les hores de son

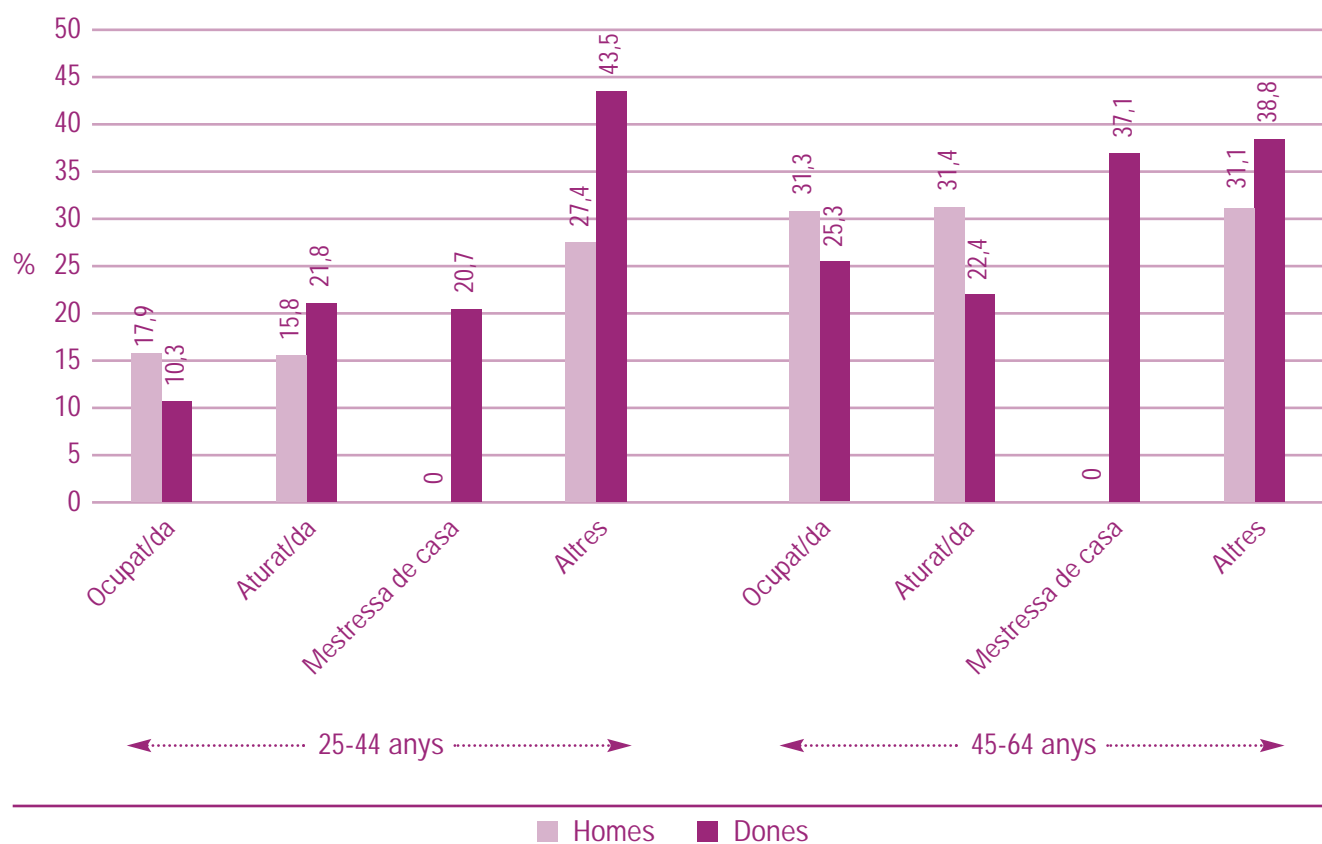
Pel que fa a les hores de son diàries, dormir sis hores o menys és més habitual entre els més grans. En ells, i no en els més joves, s'observen diferències de gènere: dormir poc és més freqüent en qualsevol situació laboral entre les dones (gràfic 4.66.).

Dormir poc, en ambdós sexes, és més freqüent en les persones separades, divorciades o vídues (gràfic 4.67.).

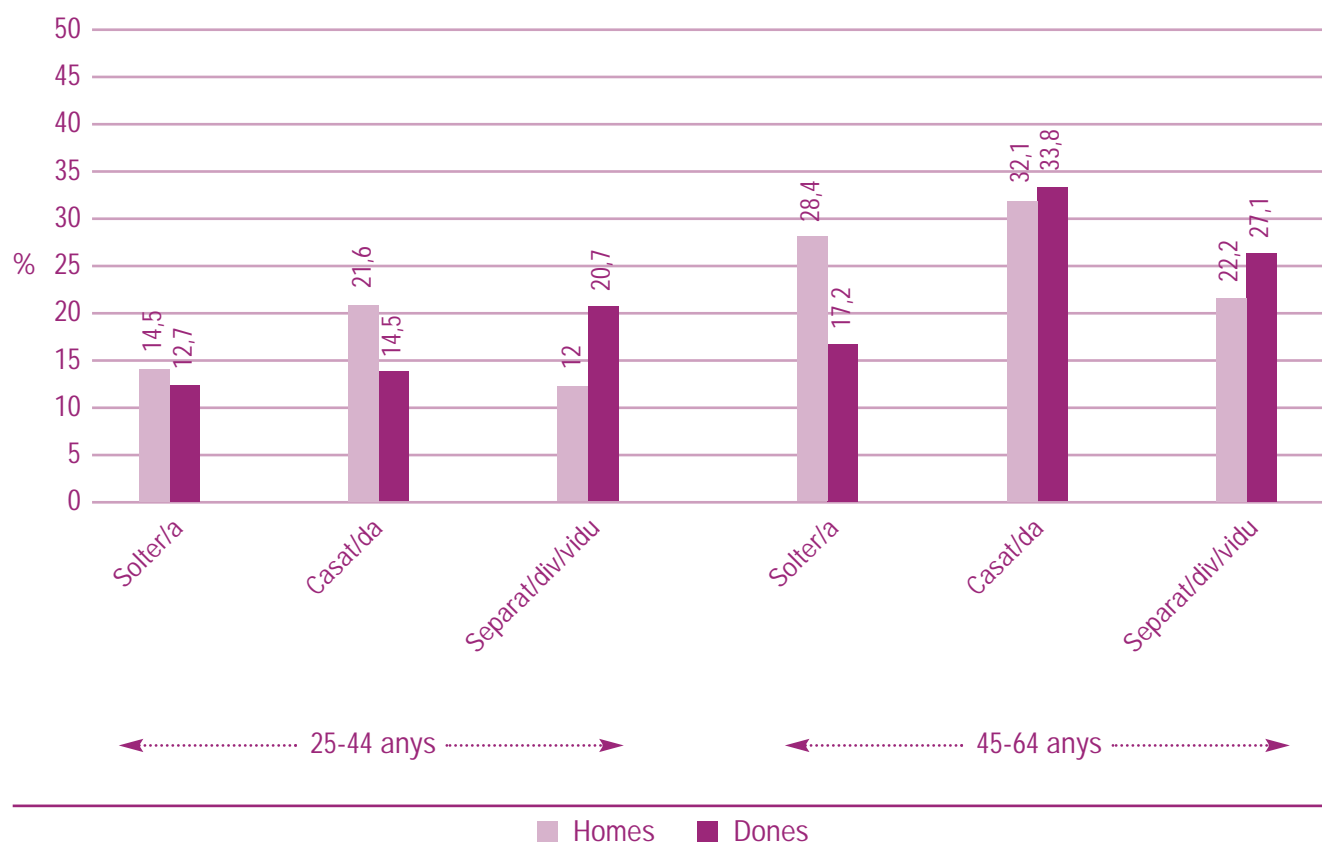
### El consum de tranquil·litzants

La relació del consum de tranquil·litzants amb

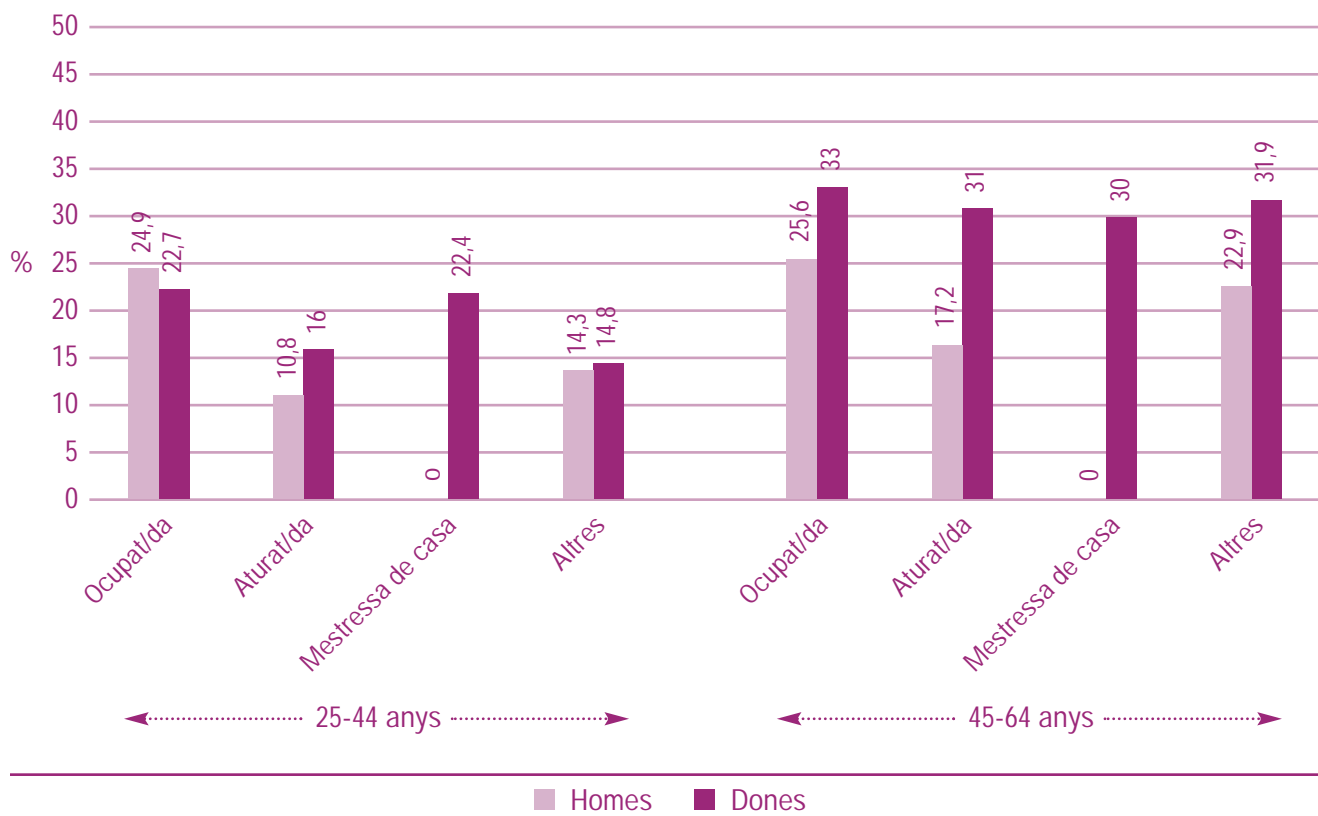
Gràfic 4.64. Sobrepès segons sexe, situació laboral i grup d'edat (%)



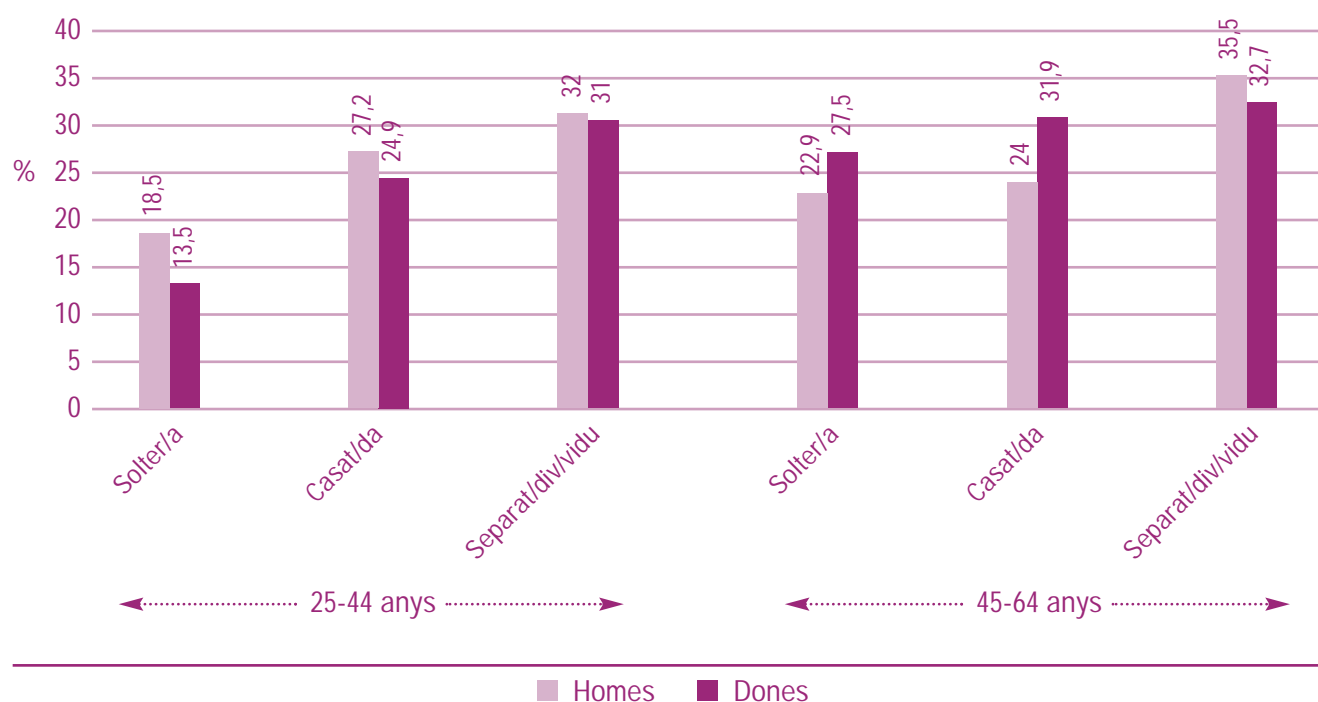
Gràfic 4.65. Sobrepès segons sexe, estat civil o de convivència i grup d'edat (%)



**Gràfic 4.66. Persones que dormen sis hores o menys al dia segons sexe, estat civil o de convivència i grup d'edat (%)**



**Gràfic 4.67. Persones que dormen sis hores o menys segons sexe, estat civil o de convivència i grup d'edat (%)**





la situació laboral difereix depenent del sexe i del grup d'edat. Mentre entre els homes destaquen les altes xifres dels aturats, independentment del grup d'edat, en les dones, l'atur s'associa a la presa d'aquest tipus de fàrmacs només entre les més grans. Això és coincident amb els resultats sobre salut mental i situació laboral, en què s'observava també un menor impacte de l'atur en les dones més joves (gràfic 4.68.).

El consum de tranquil·litzants és més baix entre les persones casades o que viuen en parella. Entre les més grans destaca l'alt percentatge de dones solteres que els prenen. Aquests resultats són coincident amb els de salut mental (gràfic 4.69.).

### 4.3. La combinació de la vida laboral i la familiar en persones que viuen en parella

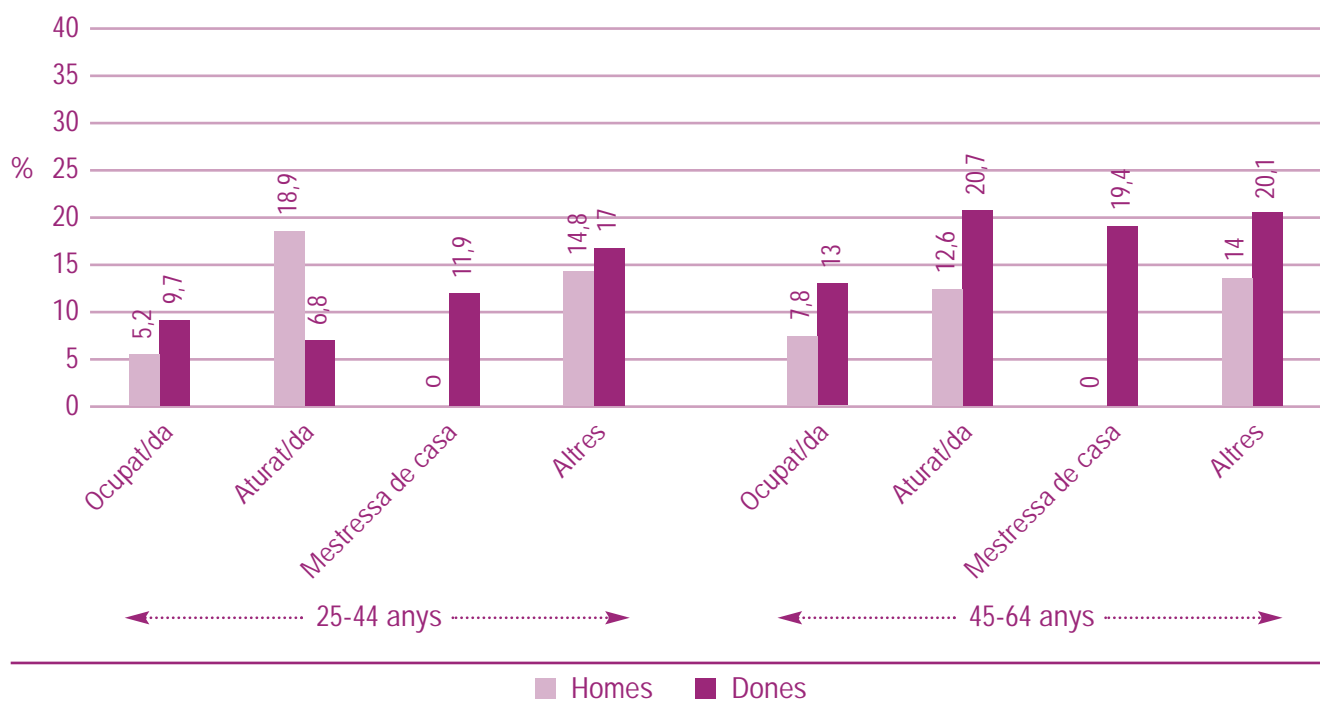
En els últims anys ha crescut la preocupació

per les dificultats de les dones per combinar la vida laboral i la familiar, però se sap poc sobre els possibles efectes de la sobrecàrrega de treball, del conflicte entre els dos dominis i de la manca de temps propi sobre l'estat de salut. Això és l'objectiu d'aquesta secció. Analitzem la situació de les persones que tenen una feina remunerada i estan casades o viuen en parella (58% dels homes i 37% de les dones entre el grup de 25 a 64 anys). En aquest col·lectiu l'edat mitjana dels homes (45,1 anys; D.E.=9,5) és superior a la de les dones (42,3 anys; D.E. = 9,4).

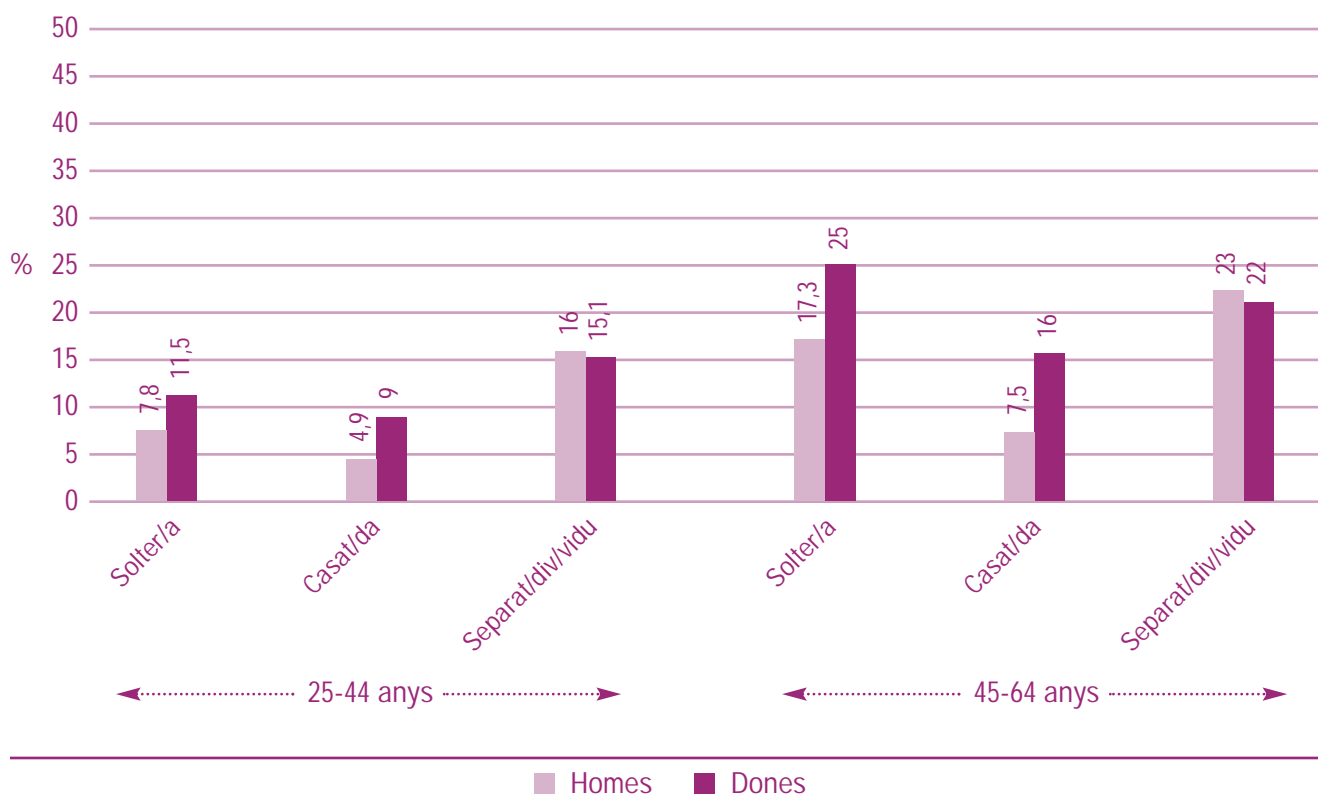
#### 4.3.1. Les exigències familiars

La proporció de persones que viuen exclusivament amb la seva parella és lleugerament més alta en dones (22% davant un 17% en els homes). També és més alta en dones la proporció que conviu amb gent més gran de 65 anys (9% davant un 6% en els homes). El 18% de les persones d'aquest grup

**Gràfic 4.68. Persones que han consumit tranquil·litzants en l'última mes segons sexe, situació laboral i grup d'edat (%)**



**Gràfic 4.69. Persones que han consumit tranquil·litzants en l'últim mes segons sexe, estat civil i grup d'edat (%)**



viuen amb criatures de 0 a 3 anys i el 3% amb alguna persona discapacitada, sense diferències de gènere. El 21% dels homes i el 28% de les dones tenen una persona contractada per a les feines de la llar.

Pel que fa al nombre de persones a la llar, mentre entre els treballadors no manuals (classes I, II i III) no s'observen pràcticament diferències de gènere, entre els treballadors de classes més desfavorides, viure només amb la parella és més freqüent en les dones, el que probablement té a veure amb la sortida del mercat laboral de les dones de classes socials baixes quan tenen fills (gràfic 4.70.).

En coherència amb el patró de gènere en el nombre de persones a la llar, molt poques dones de classe social V viuen amb criatures, el que dona

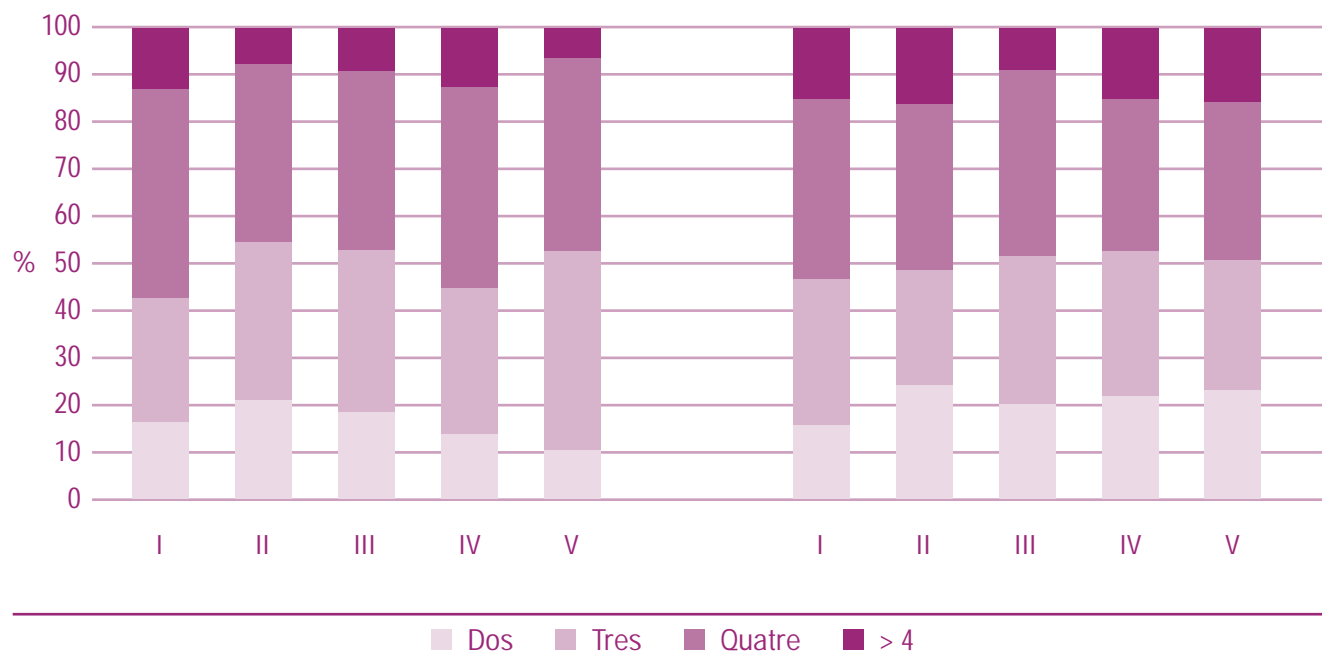
suport a la hipòtesi de la seva sortida del mercat de treball en tenir fills (gràfic 4.71.).

Viure amb persones més grans de 65 anys és més habitual entre les dones, sobretot en les dels estrats més desfavorits (gràfic 4.72.).

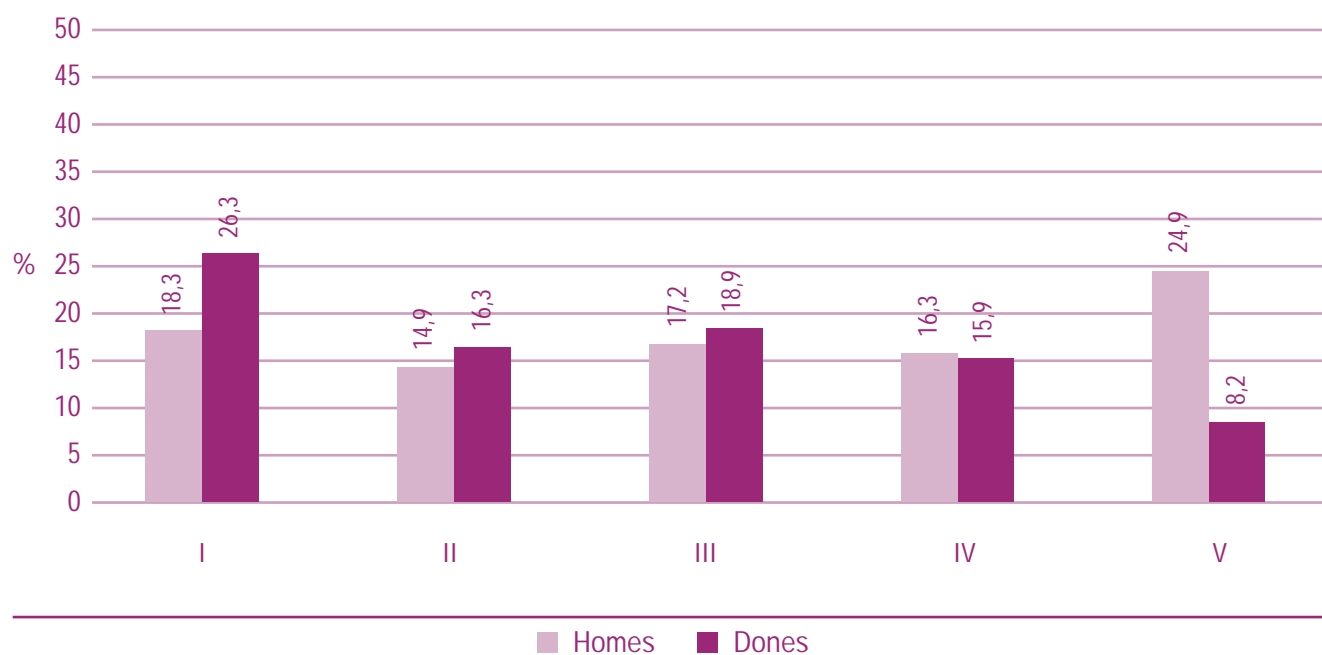
Molt pocs treballadors viuen amb una persona discapacitada i no s'observen diferències de gènere o de classe social.

Tenir una persona contractada per a les feines de la llar és molt més freqüent entre les dones i s'observa un clar gradient segons la classe. Mentre la proporció de dones de classe social I que disposen d'una persona per a les tasques domèstiques és del 67%, en les de la classe social V no arriba al 4%. Així

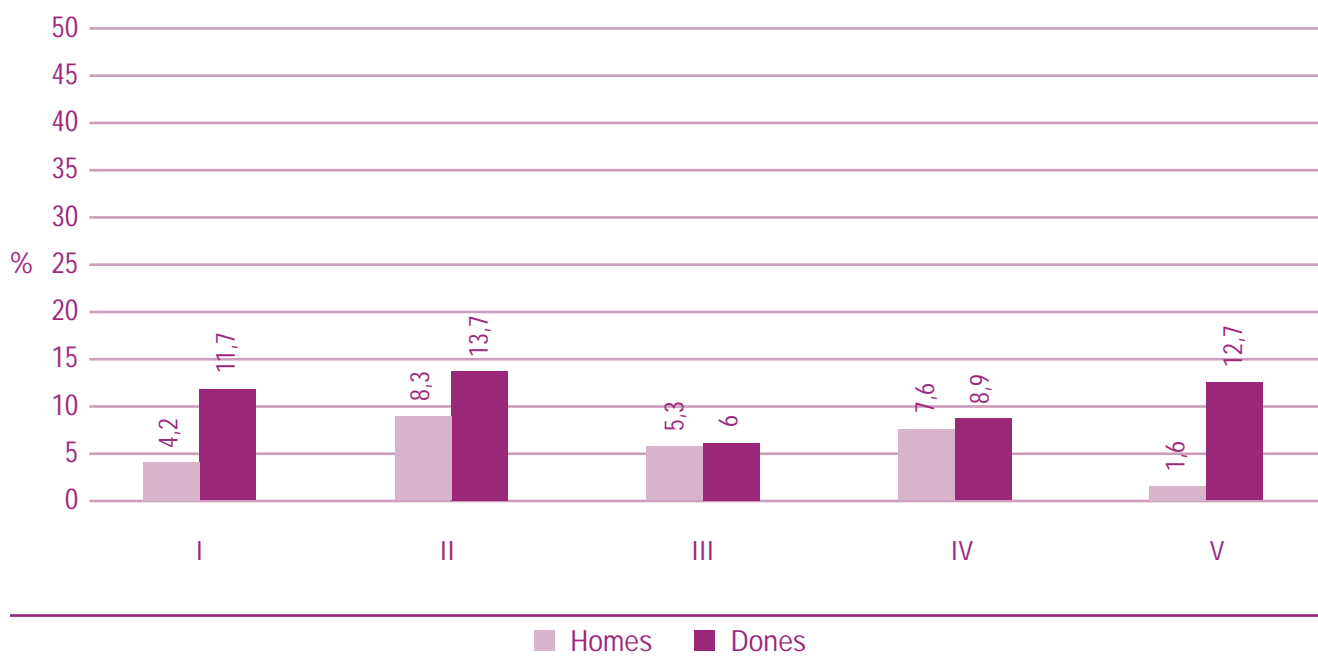
**Gràfic 4.70. Nombre de persones a la llar segons sexe i classe social (% estandarditzats per l'edat)**



**Gràfic 4.71. Proporció de persones que viuen amb infants de 0 a 3 anys (% estandarditzats per l'edat)**



**Gràfic 4.72. Proporció de persones que viuen amb majors de 65 anys segons sexe i classe social (% estandarditzats per l'edat)**



doncs, les dones que treballen en les ocupacions menys qualificades, i per tant en pitjors condicions de treball, a més a més han de fer front a la feina de la llar sense ajut (gràfic 4.73).

### 4.3.2. La contribució a la feina de la llar

La cura de les persones de la llar recau en les dones. El 36% afirma ser l'única responsable de la cura dels menors de 15 anys, mentre el percentatge corresponent en els homes és de l'1%. La meitat de les persones assenyalen que la cura dels menors és una responsabilitat compartida pels dos membres de la parella, sense diferències de gènere. (gràfic 4.74.)

La majoria dels entrevistats que viu amb persones grans diu que són capaces de tenir cura d'elles per si soles (ho afirmen el 53% dels treballadors i el 74% de les treballadores). Un 16% de dones però, s'ha de fer

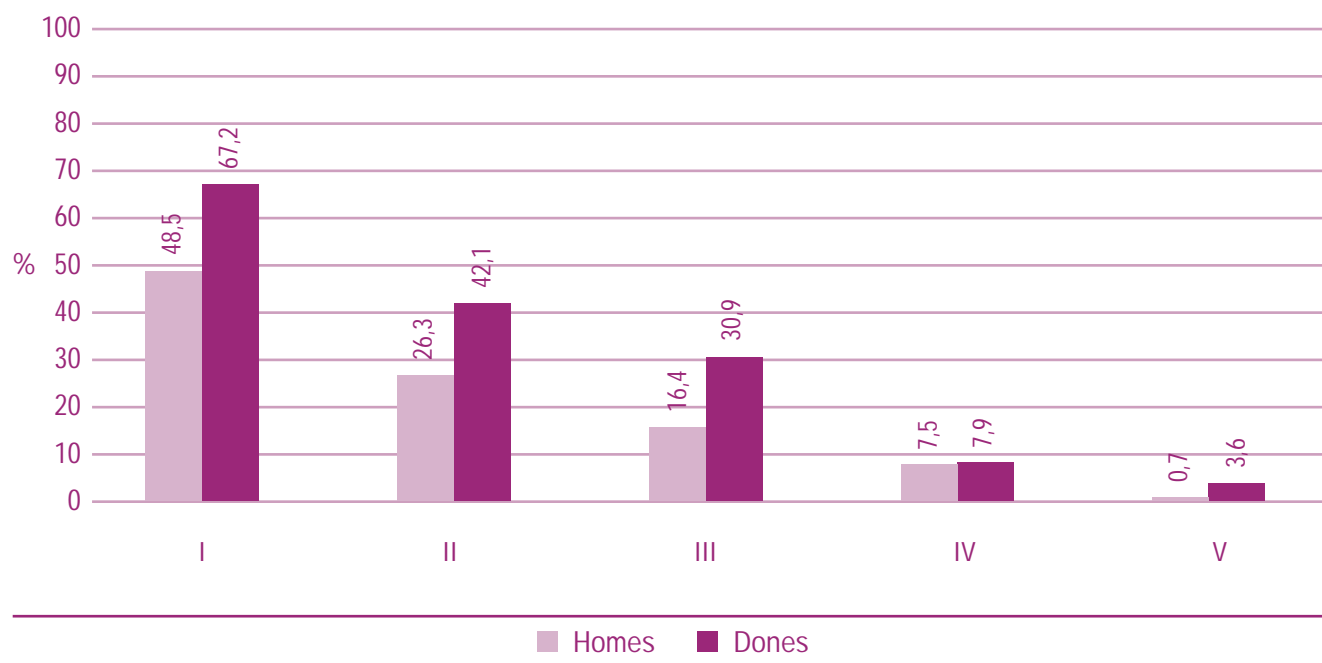
càrrec de la cura d'una persona gran sola, mentre que no hi ha homes en aquesta situació (gràfic 4.75.).

També la cura dels discapacitats continua sent fonamentalment responsabilitat de les dones. El 24% de les treballadores afirmen ser les úniques responsables. Cap home es troba en aquesta situació. La tercera part dels treballadors comparteix la cura de les persones amb discapacitat amb la seva parella, tant en homes com en dones (gràfic 4.76.).

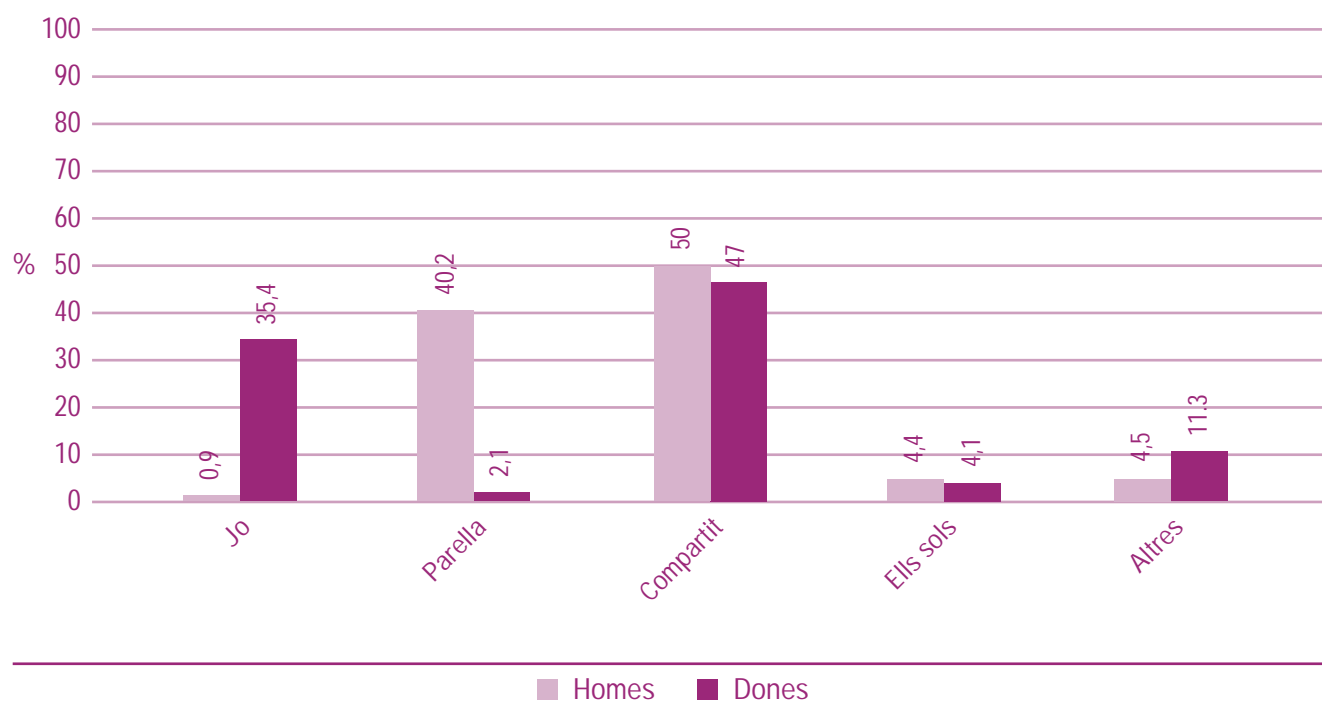
Ni l'edat, ni la classe social s'associen al fet de ser l'únic responsable de la cura dels infants. En canvi s'associa al nivell d'estudis, de manera que és més freqüent entre les dones amb nivells més baixos. Si entre les dones amb estudis primaris el percentatge és del 43%, entre les que tenen estudis universitaris és del 29%.

Altres feines de la llar menys gratificants, com

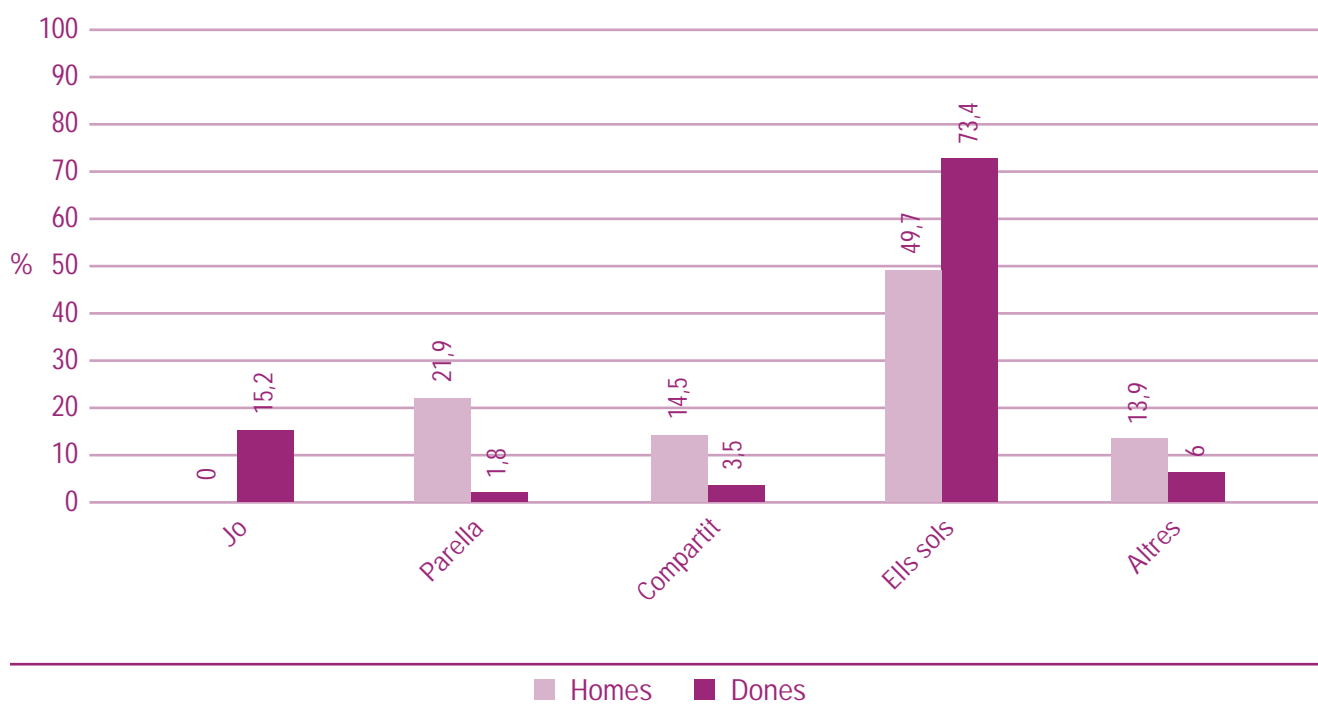
**Gràfic 4.73. Proporció de persones que tenen algú contractat per a les feines de la llar segons sexe i classe social (% estandarditzats per l'edat)**



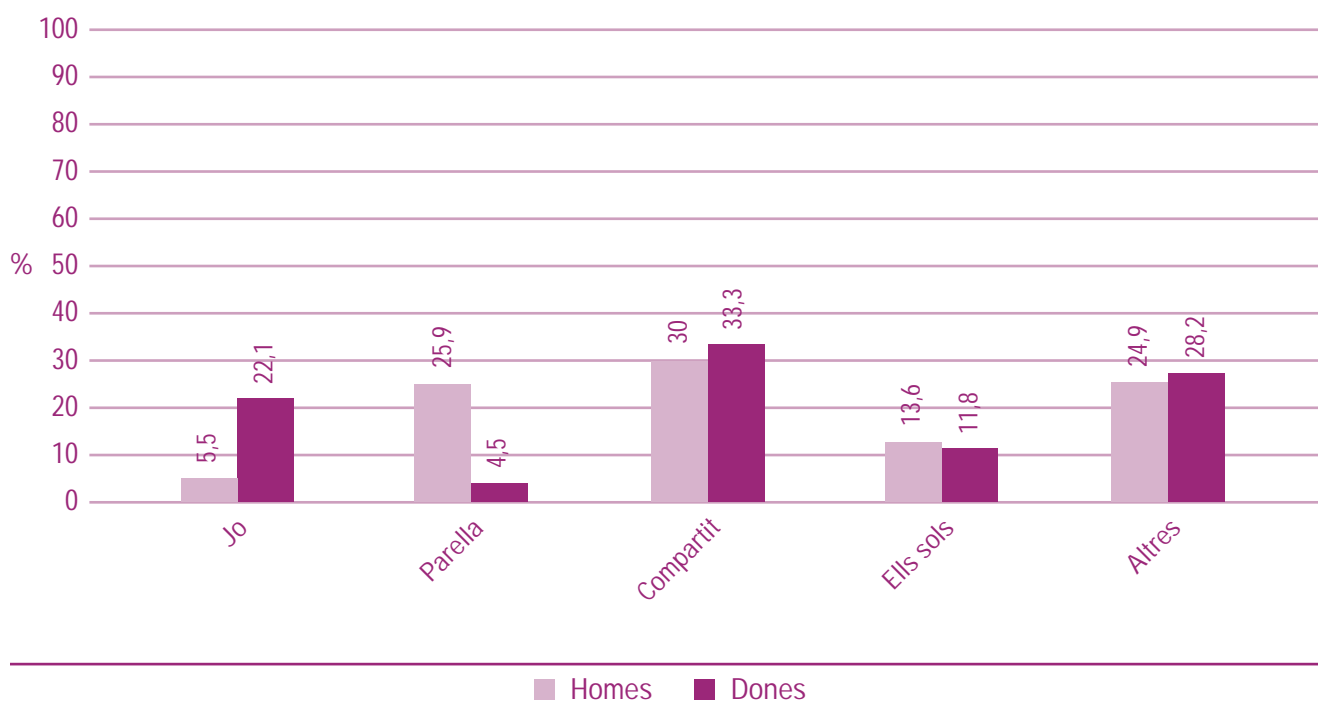
**Gràfic 4.74. Persona que s'ocupa habitualment dels menors de 15 anys segons sexe (%)**



Gràfic 4.75. Persona que s'ocupa habitualment dels majors de 65 anys segons sexe (%)



Gràfic 4.76. Persona que s'ocupa habitualment de les persones discapacitades de la llar segons sexe (%)



ara netejar, planxar o cuinar compten amb menys implicació per part dels homes. Només la tercera part declara compartir aquestes tasques, mentre el 46% de les dones afirmen ocupar-se'n soles (gràfic 4.77.).

S'observen diferències segons classe social i edat a l'hora de compartir les feines de la llar. Ser sola la principal responsable d'aquestes tasques és més freqüent entre les dones grans i en les de classe social més desfavorida (gràfic 4.78.).

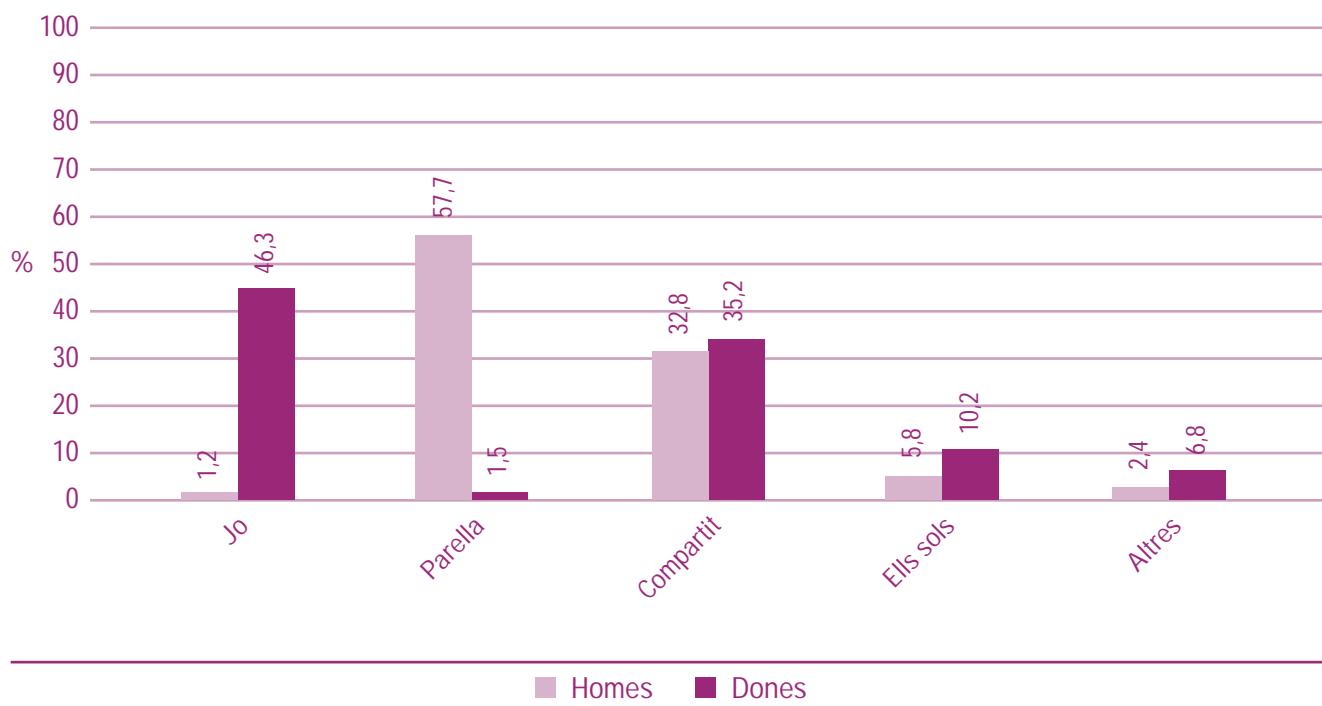
Els homes dediquen a les tasques domèstiques una mitjana de 8 hores setmanals (D.E.=7,7), mentre que les dones en dediquen més del doble (20,6 hores; D.E.=10,9). La dedicació a la llar ve determinada fonamentalment pel sexe –superior en dones– i per la classe social –més alta en les classes socials més desfavorides (gràfic 4.79.). Les treballadores manuals (classes IV i V) dediquen al treball de casa al voltant de 25 hores setmanals. S'ha

de tenir en compte que aquest grup de treballadores constitueix la tercera part de les ocupades casades o que viuen en parella (gràfic 4.79.).

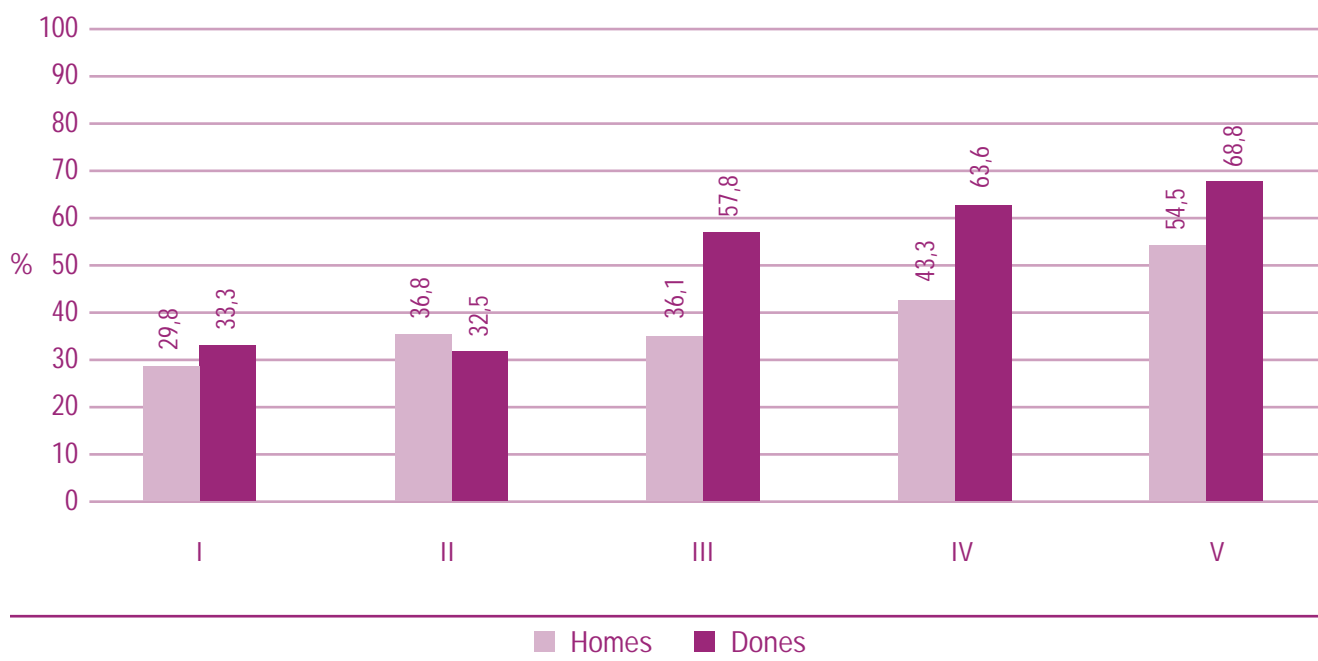
En dones, la dedicació al treball de casa és proporcional al nombre de persones a la llar, mentre en homes és absolutament independent. Les dones que viuen en llars de quatre persones (40% de les treballadores casades o que viuen en parella) treballen a casa més de 20 hores setmanals, mentre que les que ho fan en llars de més de cinc persones (11%), fan més de 25 hores setmanals de treball a casa (gràfic 4.80.).

El nombre d'hores de treball total –remunerat més domèstic– és superior en les dones: 57,3 hores setmanals (D.E.= 17,3) front a 52,2 (D.E.=14,6) en els homes. A més a més, és superior en les dones de classe social IV i a mida que augmenta el nombre de persones a la llar tal com s'observa als gràfics 4.80., 4.81. i gràfic 4.82.

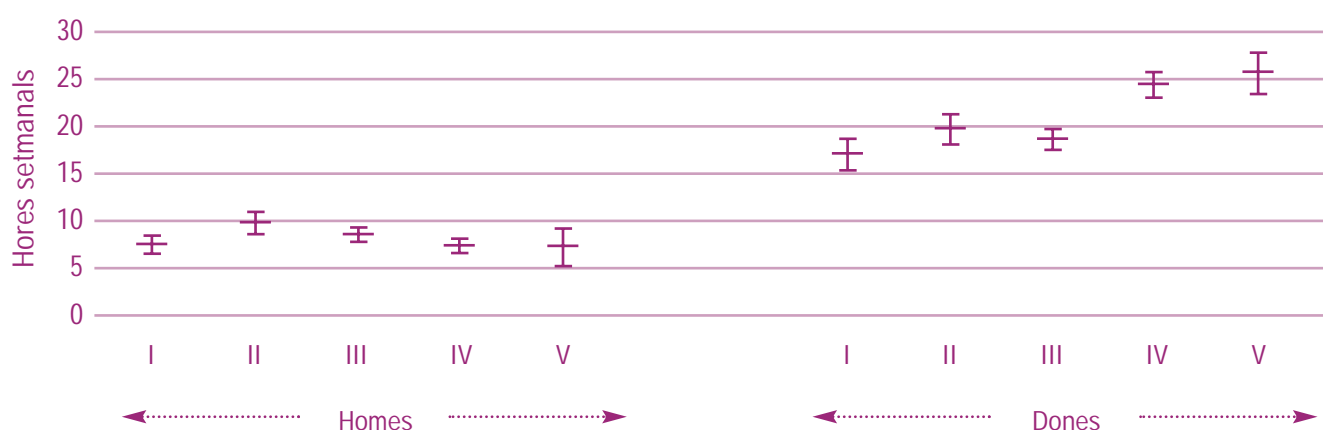
**Gràfic 4.77. Persones que s'ocupen principalment de feines com netejar, planxar, cuinar, etc., segons sexe (%)**



**Gràfic 4.78. Dones que s'ocupen principalment de feines com netejar, planxar, cuinar, etc., segons classe social i grup d'edat (%)**



**Gràfic 4.79. Hores setmanals de treball domèstic segons sexe i classe social (mitjana interval de confiança del 95%)**



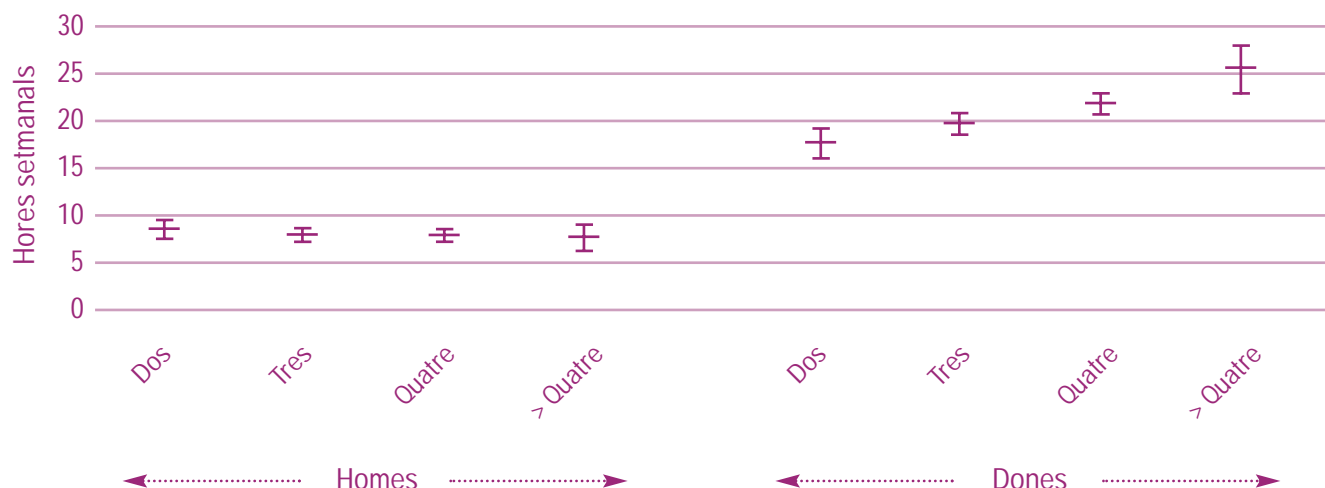
És important destacar l'increment d'hores de treball remunerat en els homes a mida que augmenta la grandària de la llar, el que sembla relacionat amb el seu rol tradicional de proveïdor principal dels recursos econòmics de la llar. En dones s'observa la tendència contrària, el que s'explicaria pel seu rol

tradicional de curadora (gràfic 4.83.).

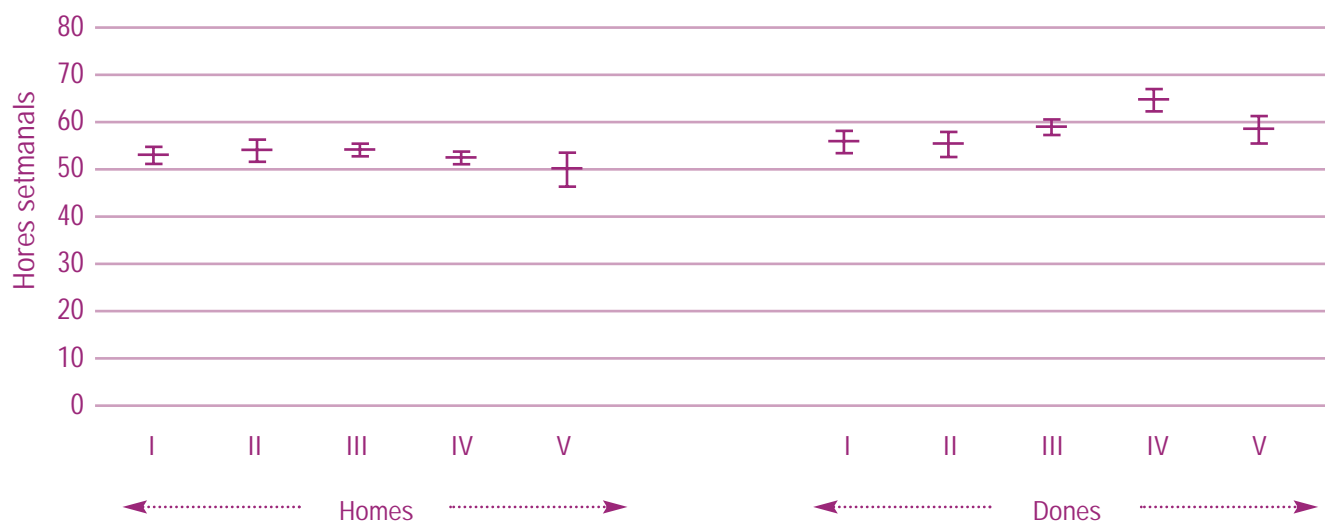
Una qüestió que es planteja sovint és si s'ha produït un canvi generacional en la distribució de les responsabilitats familiars entre els homes i les dones. Sembla que a Barcelona no ha estat així. Si bé és cert



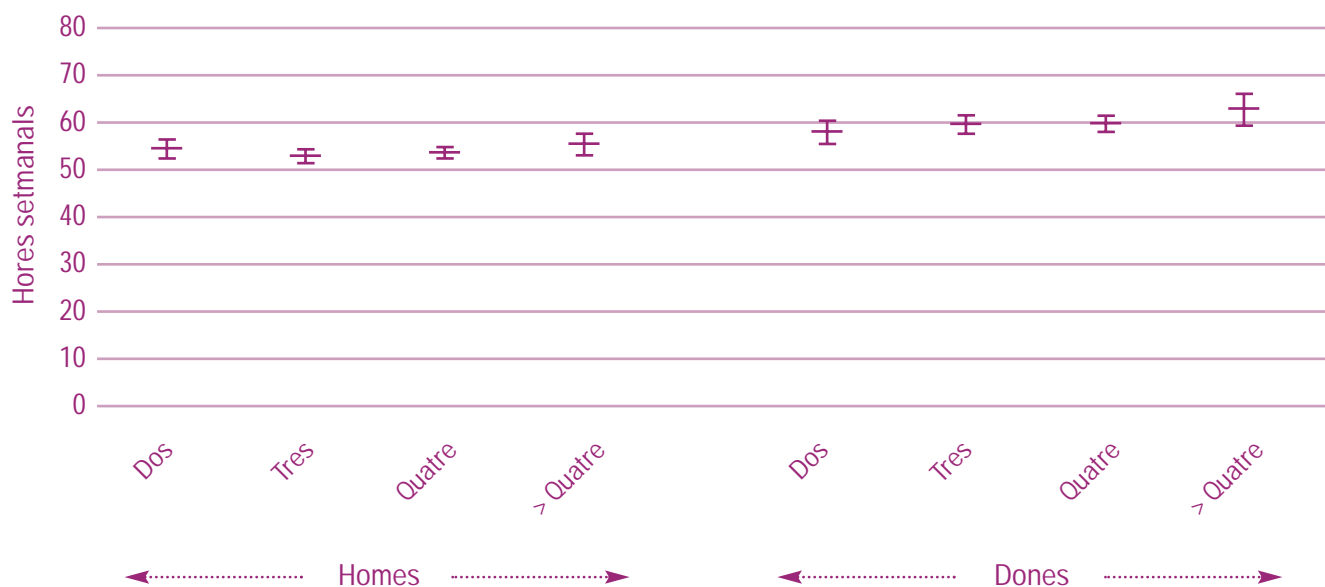
**Gràfic 4.80. Hores setmanals de treball domèstic segons sexe i nombre de persones a la llar (mitjana interval de confiança del 95%)**



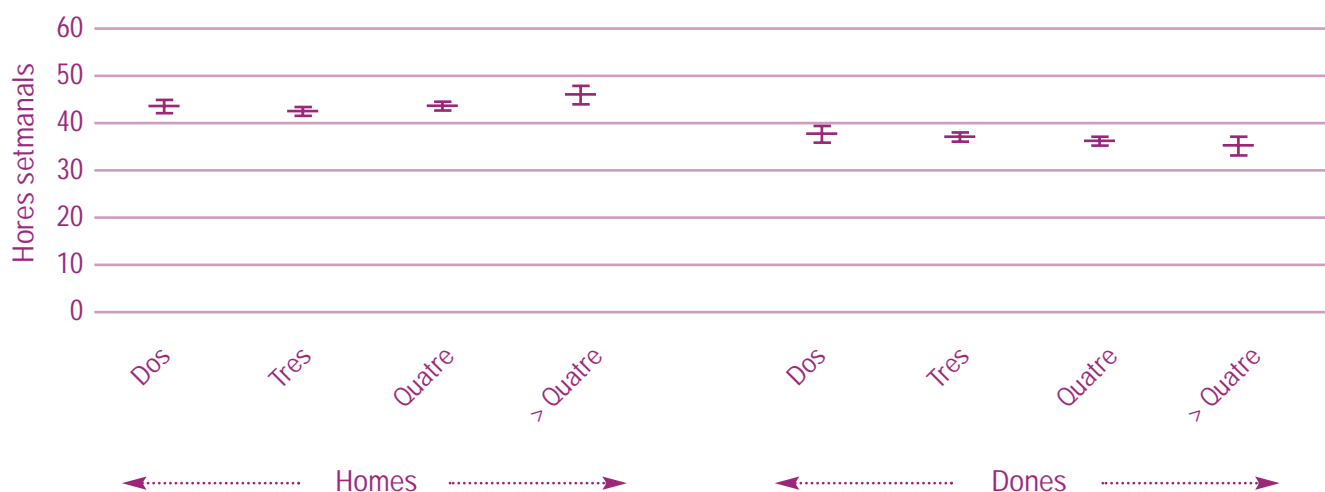
**Gràfic 4.81. Hores setmanals de treball total segons sexe i classe social (mitjana interval de confiança del 95%)**



**Gràfic 4.82. Hores setmanals de treball total segons sexe i nombre de persones a la llar (mitjana interval de confiança del 95%)**



**Gràfic 4.83. Hores de treball remunerat setmanal segons sexe i nombre de persones a la llar (mitjana interval de confiança del 95%)**

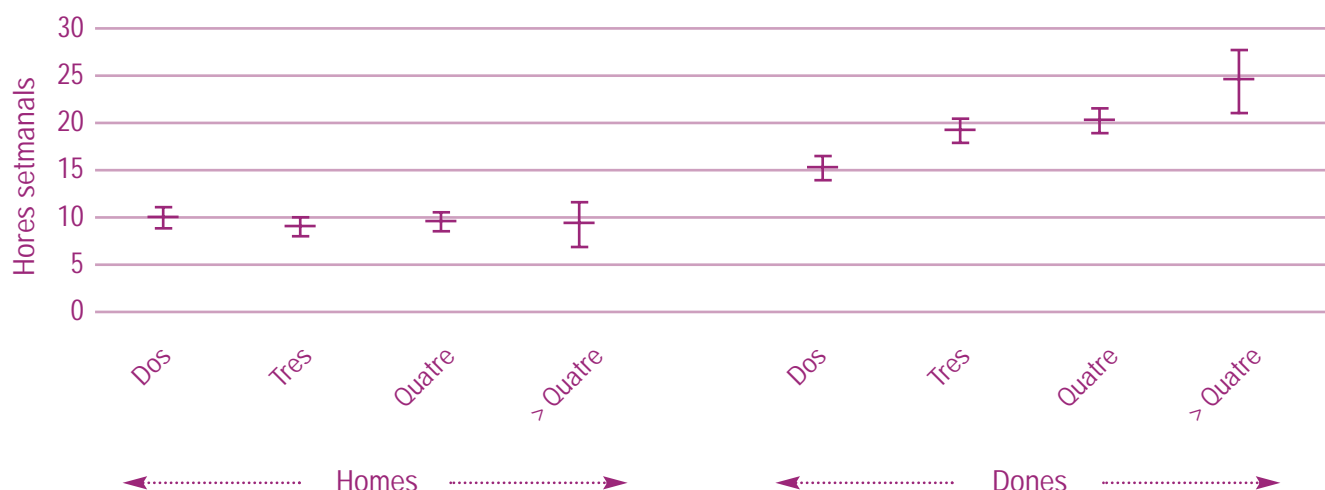


que els homes menors de 45 anys treballen a casa una mica més que els majors d'aquesta edat (9,4 hores setmanals davant de 6,7), i que les dones joves treballen menys hores que les grans (19,2 hores setmanals davant de 23,1), encara hi ha una gran distància en la dedicació al treball domèstic en els homes i

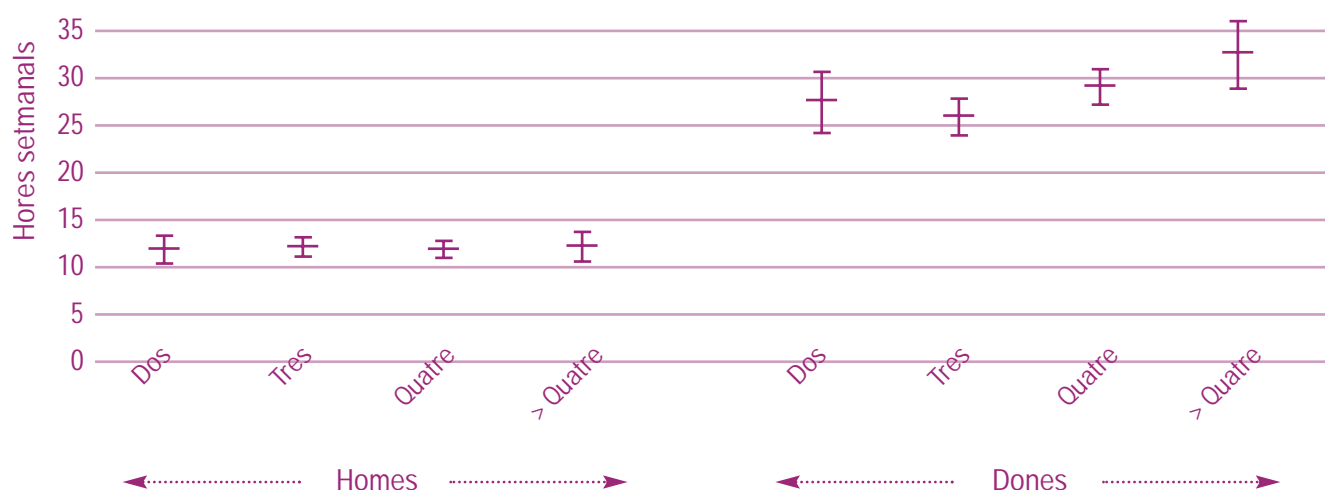
les dones de les generacions més joves.

Com s'observa al gràfic 4.84. i al gràfic 4.85., tant en joves com en grans, la dedicació al treball de casa és molt superior entre les dones. Independentment de l'edat, mentre que en homes la contribució a les tasques

**Gràfic 4.84. Hores setmanals de treball domèstic segons sexe i nombre de persones a la llar en menors de 45 anys (mitjana interval de confiança del 95%)**



**Gràfic 4.85. Hores setmanals de treball domèstic segons sexe i nombre de persones a la llar en majors de 45 anys (mitjana interval de confiança del 95%)**



domèstiques no canvia en augmentar la grandària de la llar, en dones s'observa un increment lineal.

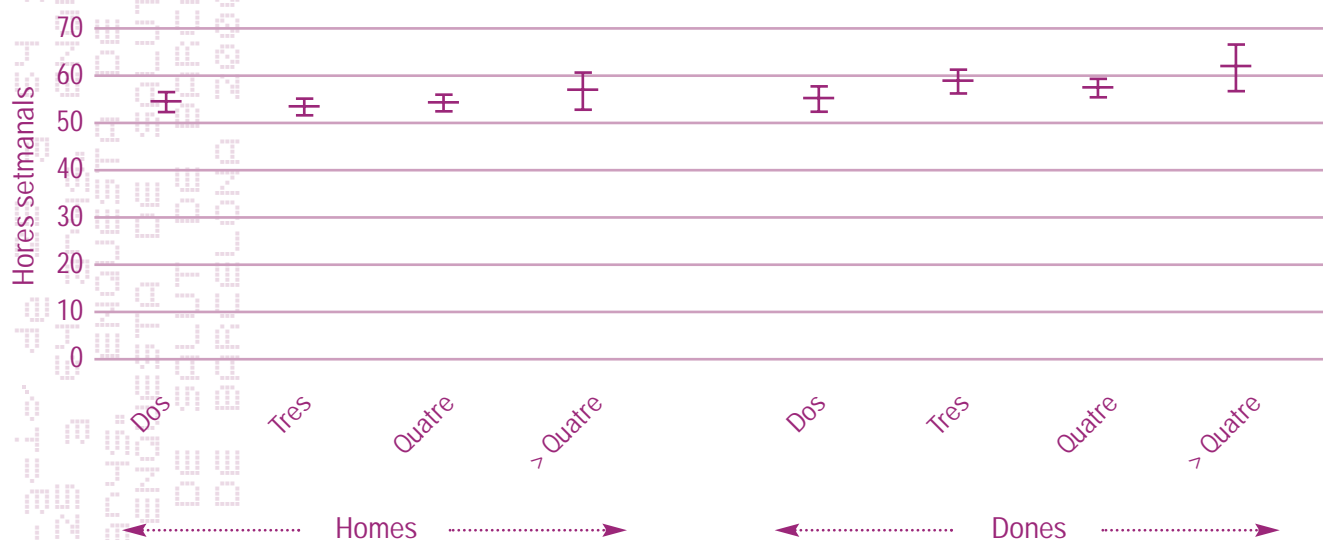
més (gràfics 4.86. i 4.87.).

### 4.3.3. L'estat de salut

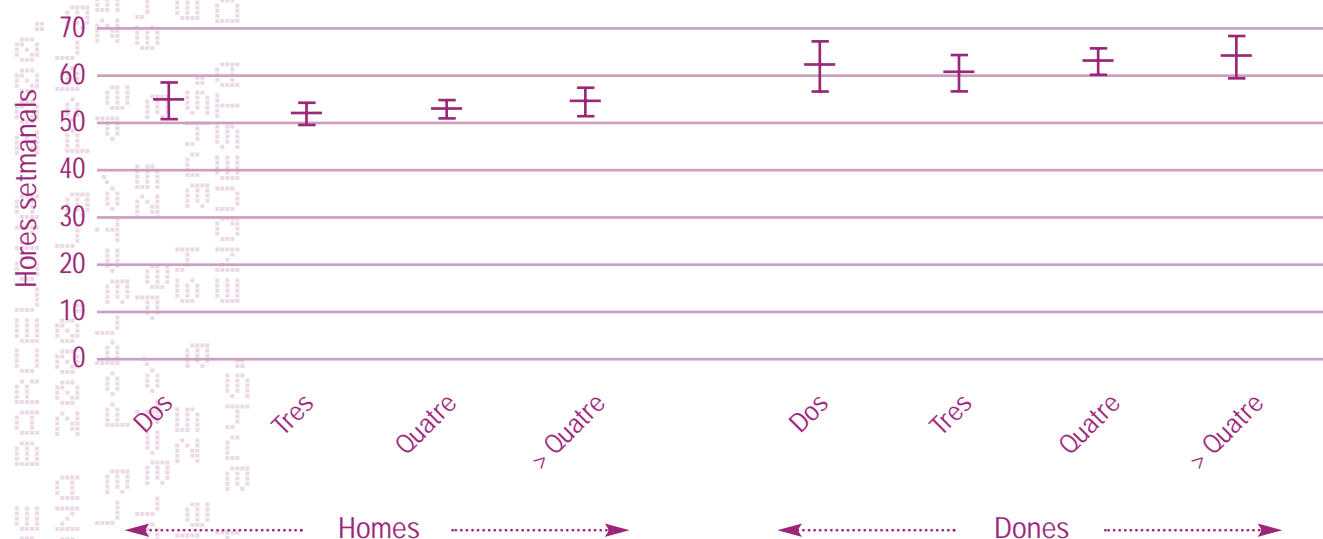
Les diferències de gènere en el nombre d'hores de treball total –remunerat i domèstic– són molt més acusades en la població treballadora de 45 anys o

Com a la població general, entre la població treballadora casada o que viu en parella les dones tenen

**Gràfic 4.86. Hores setmanals de treball total segons sexe i nombre de persones a la llar en menors de 45 anys (mitjana interval de confiança del 95%)**



**Gràfic 4.87. Hores setmanals de treball total segons sexe i nombre de persones a la llar en majors de 45 anys (mitjana interval de confiança del 95%)**



pitjor estat de salut percebut, més risc de trastorns crònics, de limitació crònica de l'activitat, més problemes de salut mental i usen més els serveis sanitaris (taula 4.5.).

A continuació analitzem la relació de l'estat de salut i els comportaments relacionats amb la salut

amb les exigències familiars mesurades a través de les següents variables:

- Nombre de persones a la llar
- Convivència amb criatures de 0 a 3 anys
- Convivència amb persones majors de 65 anys

Taula 4.5. Trastorns de salut i visites mèdiques segons sexe (%)

	Homes	Dones
Mal estat de salut percebut	11,2	14,9
Mal estat de salut mental	8,9	13,6
Limitació crònica de l'activitat	9,1	13,0
Al·lèrgies	12,0	16,3
Artrosi o reumatisme	9,4	14,1
Bronquitis crònica	3,7	3,2
Asma	2,9	3,3
Diabetis	2,9	2,2
Migranya	5,2	15,2
Trastorns de pròstata	3,4	-
Mal d'esquena (lumbar) crònic	16,7	26,5
Dolor cervical	14,9	28,8
Mala circulació	6,2	24,4
Trastorns cardíacs	2,8	2,4
Morenes	5,9	8,2
Embòlia/atac de feridura	0,9	0,3
Varices a les cames	5,0	21,6
Cataractes	1,7	0,7
Angina de pit/infart	1,1	0,6
Pressió alta	10,3	7,7
Úlcera estómac o de duodè	4,2	2,2
Restrenyiment crònic	2,4	9,9
Problemes de visió	15,3	13,9
Problemes d'audició	6,1	4,1
Altres trastorns crònics	11,4	15,9
Visites mèdiques en els últims 15 dies	14,7	21,1

- Convivència amb persones amb discapacitats
- Disposició d'una persona contractada per a les feines de la llar.

nals (percentil 75 de la distribució).

Estat de salut percebut

Es considera també l'edat, la classe social basada en l'ocupació i el nombre d'hores de treball total (domèstic i remunerat). Aquesta variable s'ha categoritzat en: <42 hores setmanals (percentil 25 de la distribució), 42-62 hores i més de 62 hores setma-

En ambdós sexes, l'estat de salut percebut és millor entre les persones de classes privilegiades, i s'observa un gradient.

Si entre els homes no s'observa relació amb les

exigències familiars, en les dones l'impacte de la combinació de la vida laboral familiar, com succeïa amb altres determinants socials analitzats, es limita al col·lectiu de les més grans. Independentment de l'edat i de la classe social, entre les dones de 45 a 64 anys la prevalença de mal estat de salut és superior entre les que viuen en llars de més de 4 persones (37% davant el 21% en les que viuen només amb la seva parella), entre les que viuen amb persones discapacitades (50% davant el 22%), les que viuen amb persones grans (35% davant el 22%) i en les que no disposen d'una persona contractada per a les feines de la llar (30% davant el 7%).

No s'observa relació de l'estat de salut percebut amb la convivència amb infants o amb les hores de treball total. Aquest últim indicador probablement no és suficientment sensible, des del punt de vista de la salut, a la sobrecàrrega o al conflicte de rols que poden sorgir en l'exercici de la combinació de la vida laboral i familiar. Tot i estant estretament associat al nombre de persones a la llar, variable que sembla una aproximació raonable a les exigències familiars, les hores de treball es poden distribuir en feines més o menys gratificants, amb diferents efectes sobre l'estat de salut.

### Estat de salut mental

En treballadors i treballadores que han de con-

ciliar vida laboral i responsabilitats familiars, l'estat de salut mental no s'associa a la classe social. Les exigències familiars només es relacionen amb l'estat de salut mental dels homes joves, de manera que els que viuen amb persones discapacitades presenten més risc de mal estat de salut mental (28% davant el 9%).

### 4.3.4. Els comportaments relacionats amb la salut

A la taula 4.6. es mostra la prevalença de diferents comportaments relacionats amb la salut en les persones ocupades, casades o que viuen en parella segons el sexe. En aquest col·lectiu, com en la població general, dos hàbits insaludables com el tabaquisme i el sobrepès prevalen més en els homes, mentre que l'exercici físic és menys freqüent en les dones, en les quals s'observa també més consum de tranquil·litzants. Les diferències de gènere en les hores de son no són estadísticament significatives. Analitzem a continuació la relació d'aquests hàbits amb les exigències familiars.

### El tabac

El consum de tabac no s'associa a les característiques de la unitat familiar en els homes ni en les dones més grans en les quals, recordem, la prevalença de tabaquisme és molt baixa.

**Taula 4.6. Comportaments relacionats amb la salut en persones ocupades, casades o que viuen en parella segons sexe (%)**

	Homes	Dones
Tabaquisme	37,4	31,2
Exercici físic	33,2	20,4
Sobrepès	27,0	17,7
Sis o menys hores de son diàries	26,4	29,8
Consum de tranquil·litzants	5,9	9,6

Entre les dones més joves fumen menys les que conviuen amb infants de 0 a 3 anys (30% front a 43%), probablement perquè van abandonar l'hàbit durant l'embaràs. A més a més, fumar és més habitual entre les dones joves que treballen a mida que augmenta el nombre total d'hores de treball. Si entre les que treballen menys de 42 hores setmanals la prevalença de tabaquisme és del 30%, entre les que treballen entre 42 i 62 hores i més de 62 hores és del 35% i del 48%, respectivament.

### L'exercici físic

Les exigències familiars només s'associen a la pràctica d'exercici físic en els treballadors i treballadores joves. En ambdós sexes, disposar d'una persona contractada per a les feines de la llar sembla ser un factor afavoridor de l'exercici físic: 56% dels homes en aquesta situació practiquen exercici físic davant un front al 33% en els que no en tenen; els percentatges corresponents en les dones joves són de 31% i de 17%.

A més a més, les dones amb fills menors de 0 a 3 anys fan menys exercici físic que les que no en tenen (13% en front del 25%), fet que no succeeix en els homes, el que reflecteix la manca de temps o autonomia temporal que suposa per a les dones ser la principal responsable de la cura de les infants.

### El sobrepès

El sobrepès no s'associa amb les exigències familiars, ni en homes ni en dones.

### Les hores de son

Dormir poc es relaciona amb les exigències familiars dels homes més joves. Si entre els que

viuen només amb la seva parella sols el 22% dorm sis hores o menys, en els que viuen en llars de 4 o més persones la proporció arriba al 29%. Entre les dones, sembla que l'excés d'hores de treball es fa gràcies a les hores de son. Mentre que en les que treballen en total (treball remunerat i domèstic) menys de 42 hores la proporció de les que dormen 6 hores o menys és del 20%, entre les que fan entre 42 i 62 hores i les que treballen més de 62 hores els percentatges corresponents són de 24% i de 36% respectivament.

### El consum de tranquil·lizants

En consonància amb el pitjor estat de salut mental entre els homes joves que viuen amb persones discapacitades, el consum de tranquil·litzants en el col·lectiu masculí és també més freqüent en aquest grup (28% en front del 4% entre els que no hi conviuen).

## 4.4. Les dones ocupades i les mestresses de casa

Entre les dones de 25 a 64 anys, la tercera part es defineixen com a mestresses de casa. L'edat mitjana (50,7 anys; D.E.=10,0) és deu anys superior a la de les dones ocupades (40,6 anys; D.E.=10,3). Com ja s'ha comentat abans, més del 90% de les mestresses de casa estan casades o viuen en parella, mentre entre les dones ocupades el percentatge és molt més baix (62%). S'ha assenyalat també que les mestresses de casa tenen pitjor estat de salut percebut que les dones ocupades. Examinar, però, si la posició com a mestressa de casa és més o menys favorable per a l'estat de salut de les dones que fan una feina remunerada, exigeix comparar grups de dones similars quant a la seva posició en la família, és a dir, restringir l'anàlisi a les dones casades o que viuen en parella.

#### 4.4.1. Les exigències familiars

La majoria de les dones casades (78%) conviu amb fills o filles a casa, sense diferències segons situació laboral. Conviure amb criatures petites és, però, més habitual entre les dones ocupades: el 18% d'aquestes conviu amb infants de 0 a 3 anys, mentre que el percentatge en mestresses de casa és del 10%, cosa que s'explica per l'edat més alta en mestresses de casa. Igualment, s'explica per l'edat el fet de que el 22% de les mestresses de casa visquin amb majors de 65 anys, quan el percentatge corresponent en dones ocupades és del 9%. Viure amb persones discapacitades és més freqüent en les mestresses de casa (7% davant 4% en les dones ocupades). No hi ha diferències en la grandària de la llar segons la situació laboral.

L'11% de les mestresses de casa i el 28% de les dones ocupades tenen una persona contractada per a les feines de la llar i això és més freqüent entre les persones de classes privilegiades (gràfic 4.88.). Mentre que

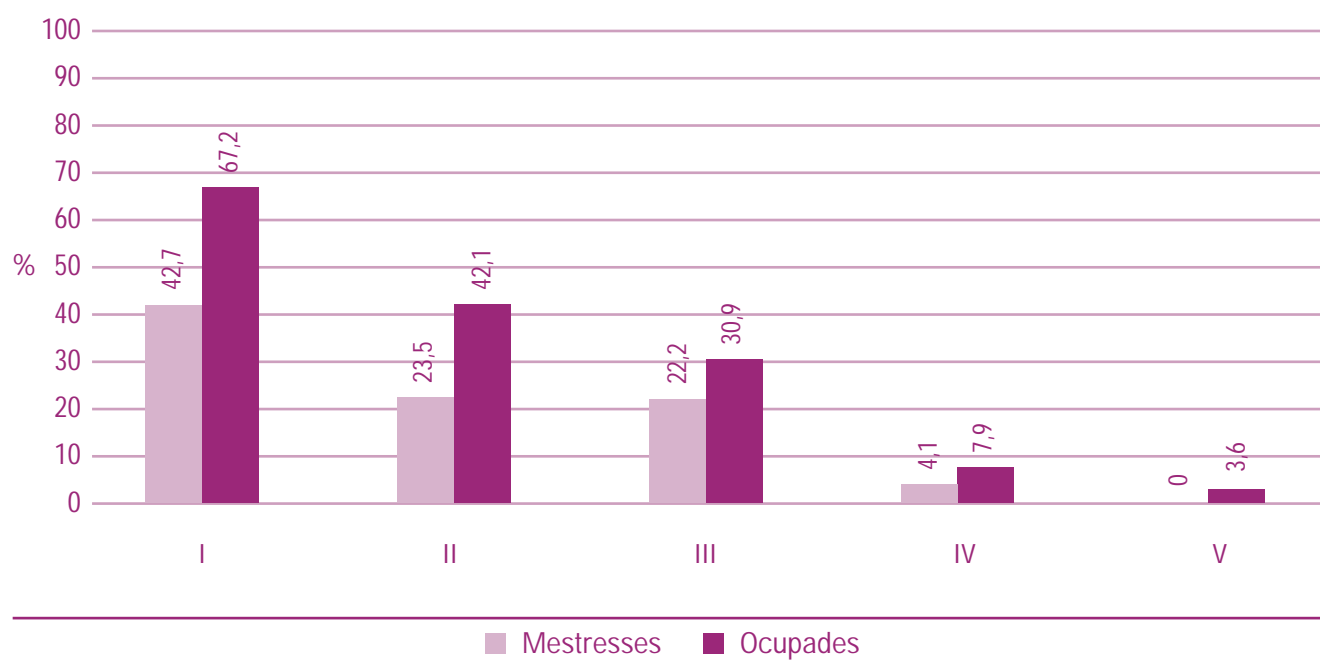
en les classes socials més afavorides, hi ha diferències molt significatives segons la situació laboral en la proporció de dones amb una persona contractada per a les feines de la llar, les diferències són mínimes en les dones de classes socials IV i V. Això significa que les treballadores de classes socials menys afavorides han de fer pràcticament tota la feina de la llar (gràfic 4.88.).

Com s'esperava, entre les dones que es defineixen com a mestresses de casa hi ha una proporció més alta que entre les ocupades que afirmen ser soles les principals responsables de la cura dels menors de 15 anys (gràfic 4.89.).

No hi ha diferències quant al patró de cura dels majors de 65 anys tal com s'aprecia al gràfic 4.90.

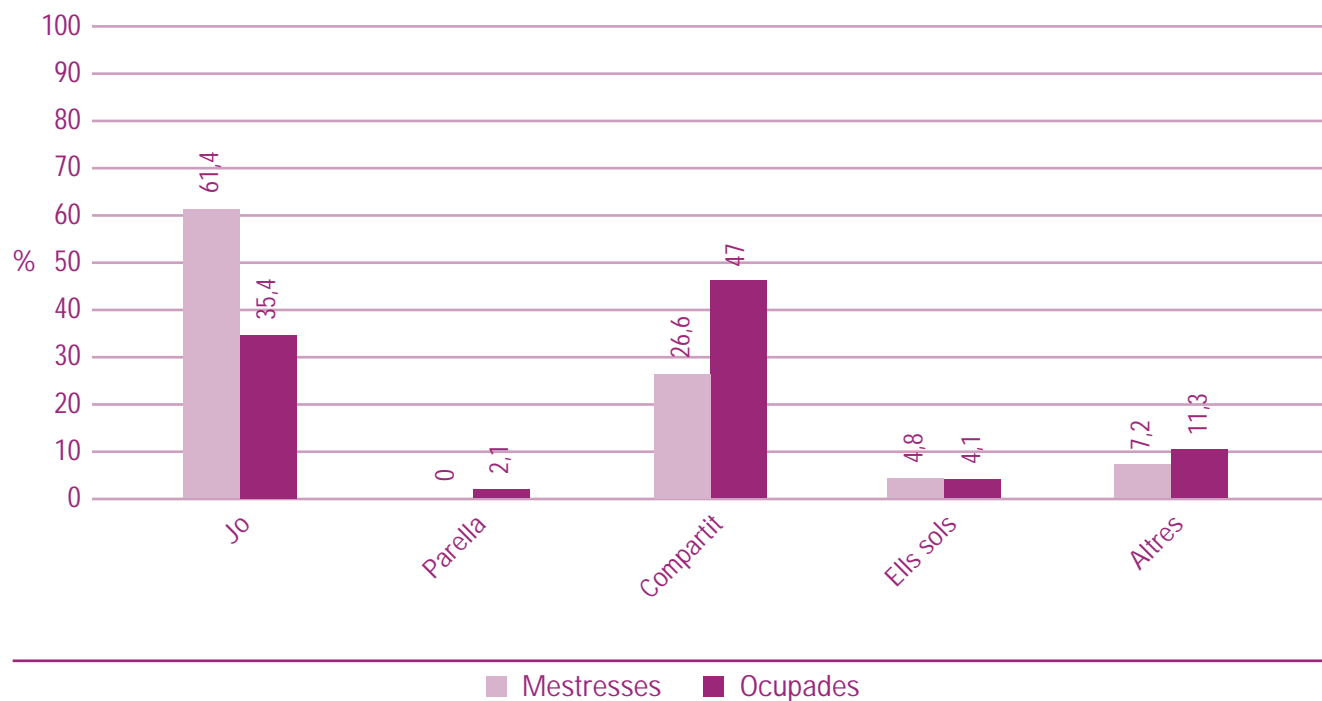
La cura dels discapacitats recau en una major proporció però entre les mestresses de casa (gràfic 4.91.).

**Gràfic 4.88. Tenir una persona contractada per a les feines de la llar segons situació laboral i classe social en dones (% estandarditzat per l'edat)**

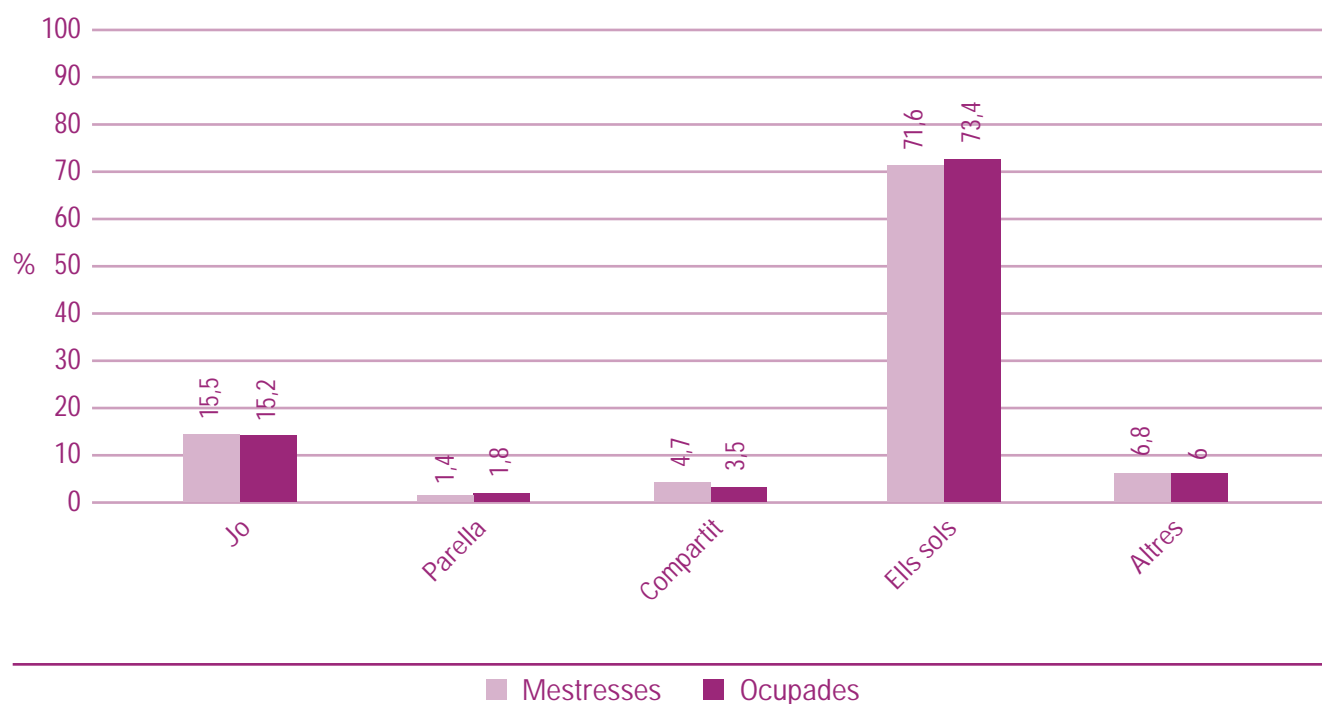


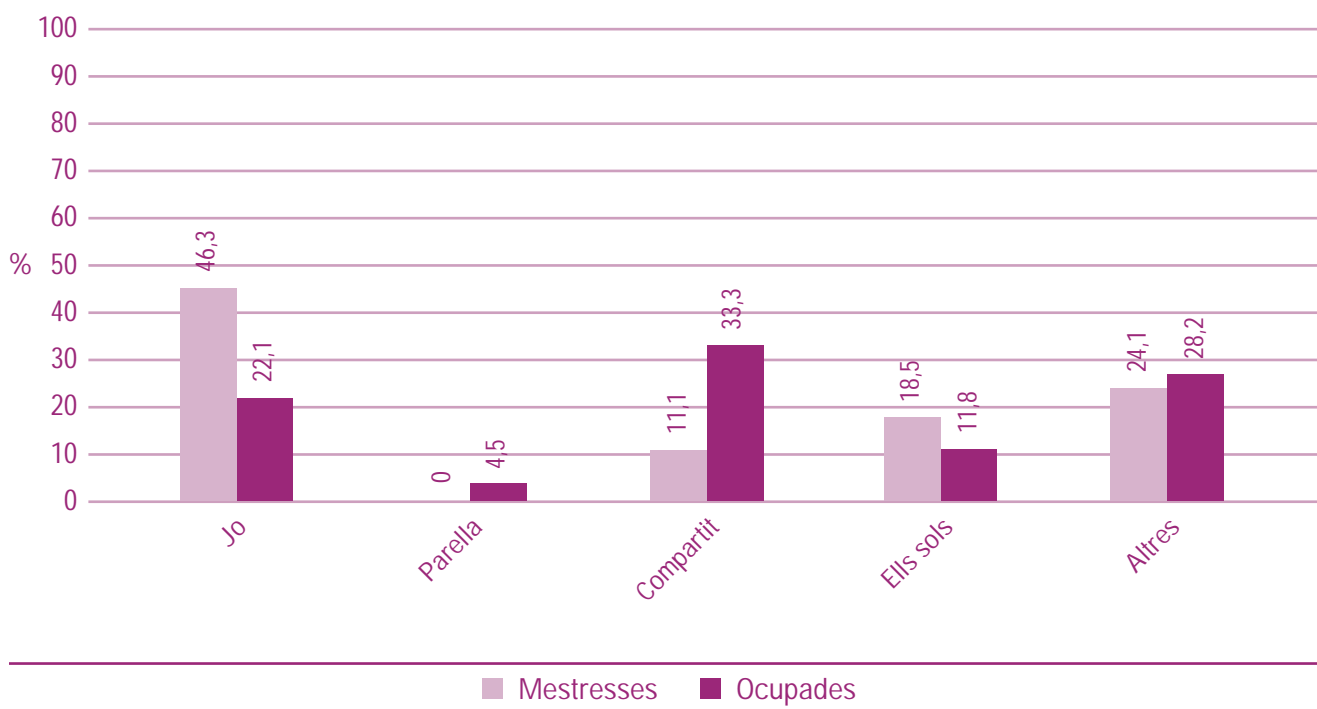


**Gràfic 4.89. Persona responsable de la cura dels fills o fills menors de 15 anys segons situació laboral en dones (%)**



**Gràfic 4.90. Persona responsable de la cura dels majors de 65 anys segons situació laboral en dones (%)**



**Gràfic 4.91. Persona responsable dels discapacitats segons la situació laboral en dones (%)**

Quasi totes les mestresses de casa declaren ser les responsables principals de les tasques domèstiques de netejar, planxar, cuinar, etc. (gràfic 4.92).

El nombre d'hores de treball domèstic és superior en mestresses de casa, més alt entre les classes socials més desfavorides (gràfic 4.93.) i a mesura que augmenta la grandària de la llar (gràfic 4.94.).

Hi ha diferències generacionals en la dedicació al treball domèstic? Efectivament n'hi ha. Les dones ocupades més joves treballen menys hores a casa que les més grans (mitjana=16,2 hores setmanals –D.E.=11,0– en joves davant 22,3 hores setmanals –D.E.=11,7– entre les més grans). No s'observen, però variacions en la dedicació de les mestresses de casa, en què la mitjana d'hores de treball setmanal, tant en joves com en les més grans, se situa al voltant de les 30 hores.

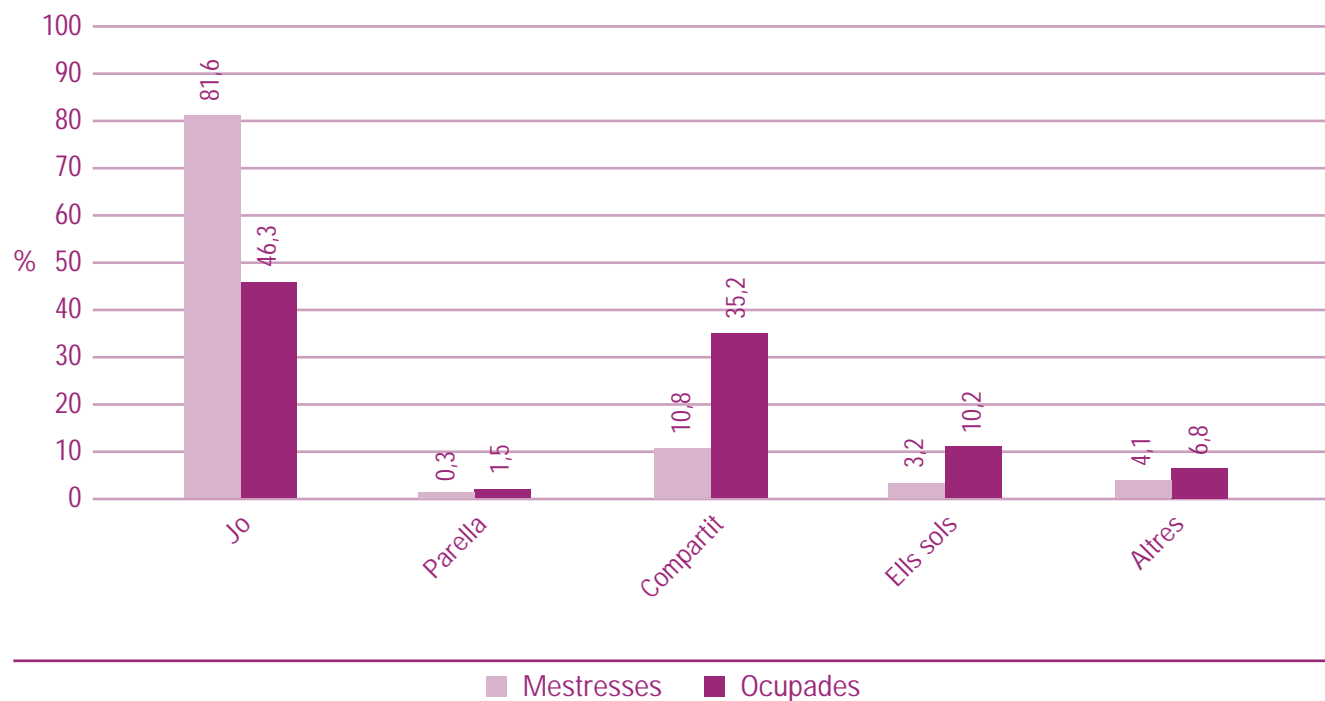
Als gràfics 4.94. i 4.95. s'observa la relació entre la dedicació al treball domèstic i el nombre de persones a la llar en dones ocupades i mestresses de casa. En ambdues situacions laborals s'observa un increment lineal, més marcat per a les mestresses de casa (gràfic 4.96.).

Per concloure, és important assenyalar que el nombre total d'hores de treball és molt més alt entre les dones ocupades (gràfics 4.97. i 4.98.).

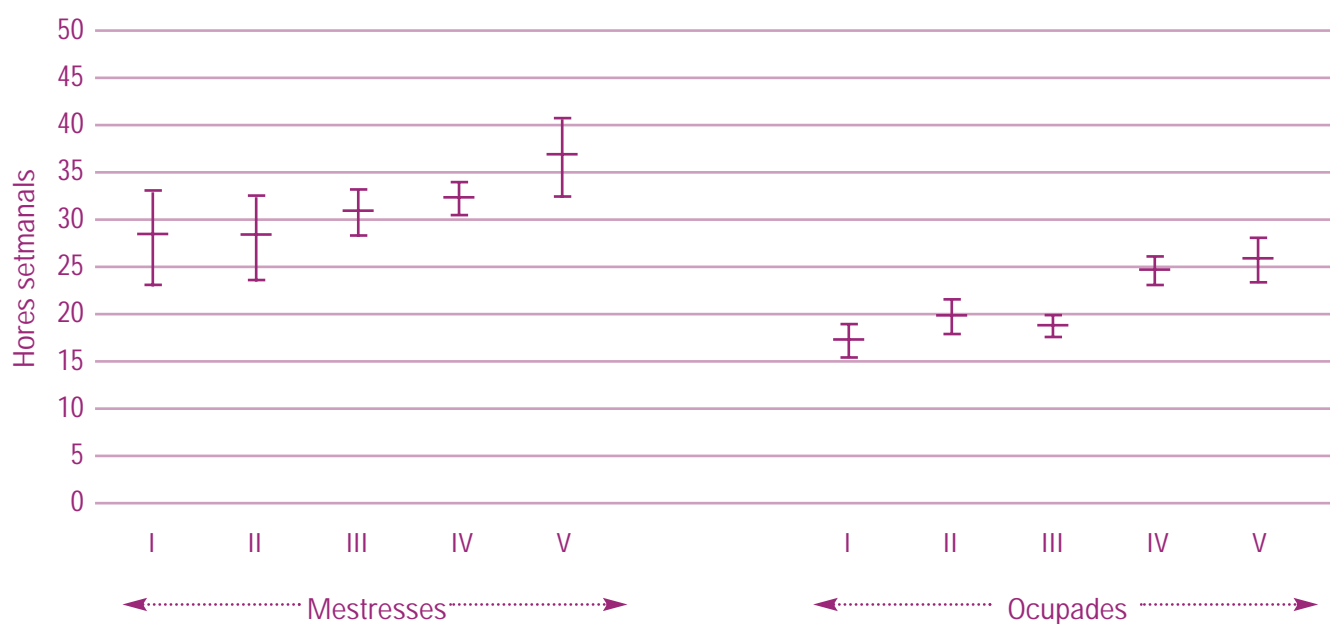
#### 4.4.2. L'estat de salut i els comportaments relacionats amb la salut

En contra del que s'esperava, no hi ha diferències en l'estat de salut general ni en l'estat de salut mental entre les dones ocupades i les mestresses de casa. Tampoc n'hi ha en la pràctica d'exercici físic o les hores de son. La prevalença de tabaquisme és superior en les

**Gràfic 4.92. Persona que s'ocupa principalment de feines com netejar, planxar, cuinar, etc., segons la situació laboral en dones (%)**



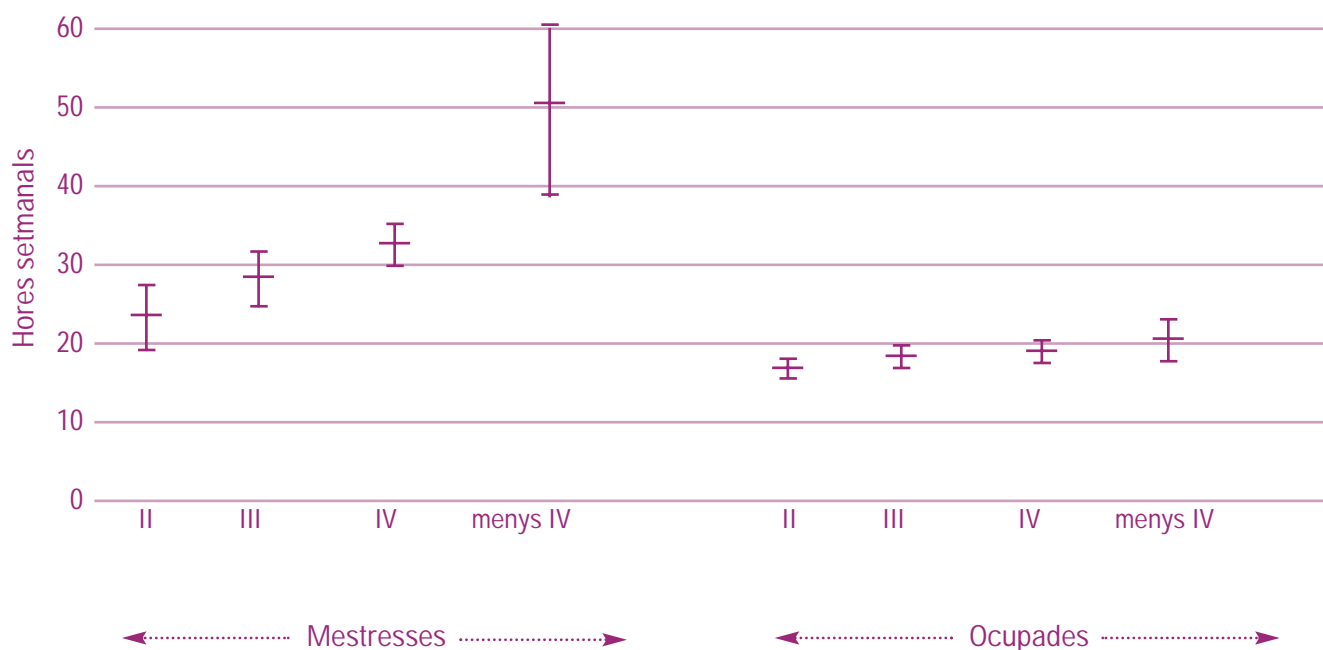
**Gràfic 4.93. Hores setmanals de treball domèstic segons la situació laboral i classe social en dones (mitjana i IC del 95%)**



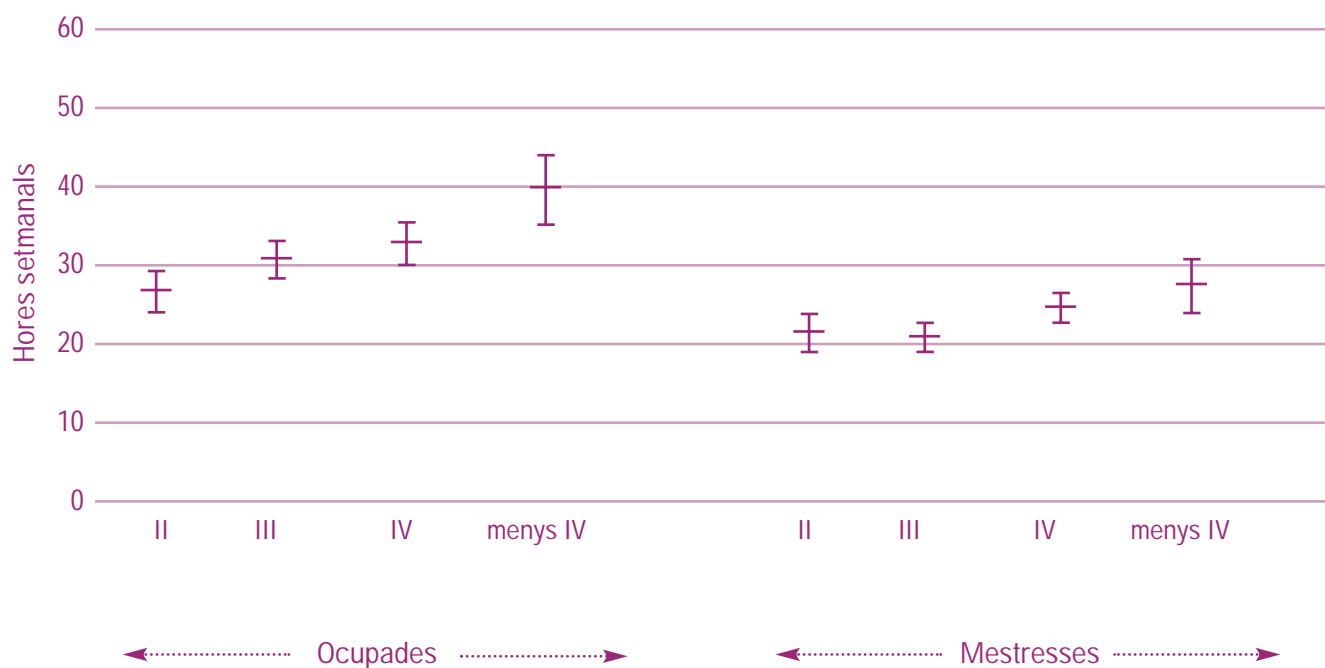
**Gràfic 4.94. Hores setmanals de treball domèstic segons situació laboral i nombre de persones a la llar en dones (mitjana i IC del 95%)**



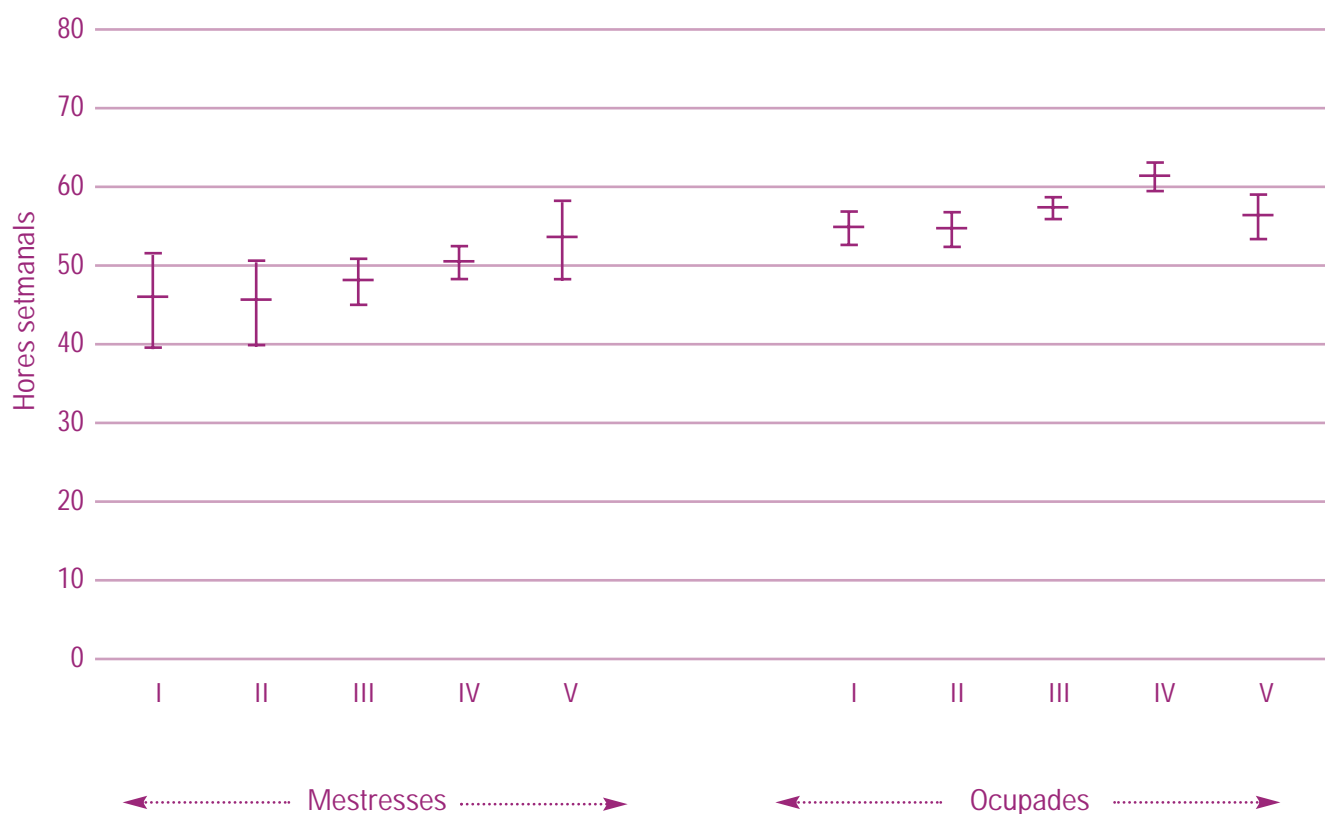
**Gràfic 4.95. Hores de treball domèstic setmanal en dones de 25 a 44 anys segons situació laboral i nombre de persones a la llar en dones (mitjana i interval de confiança del 95%)**



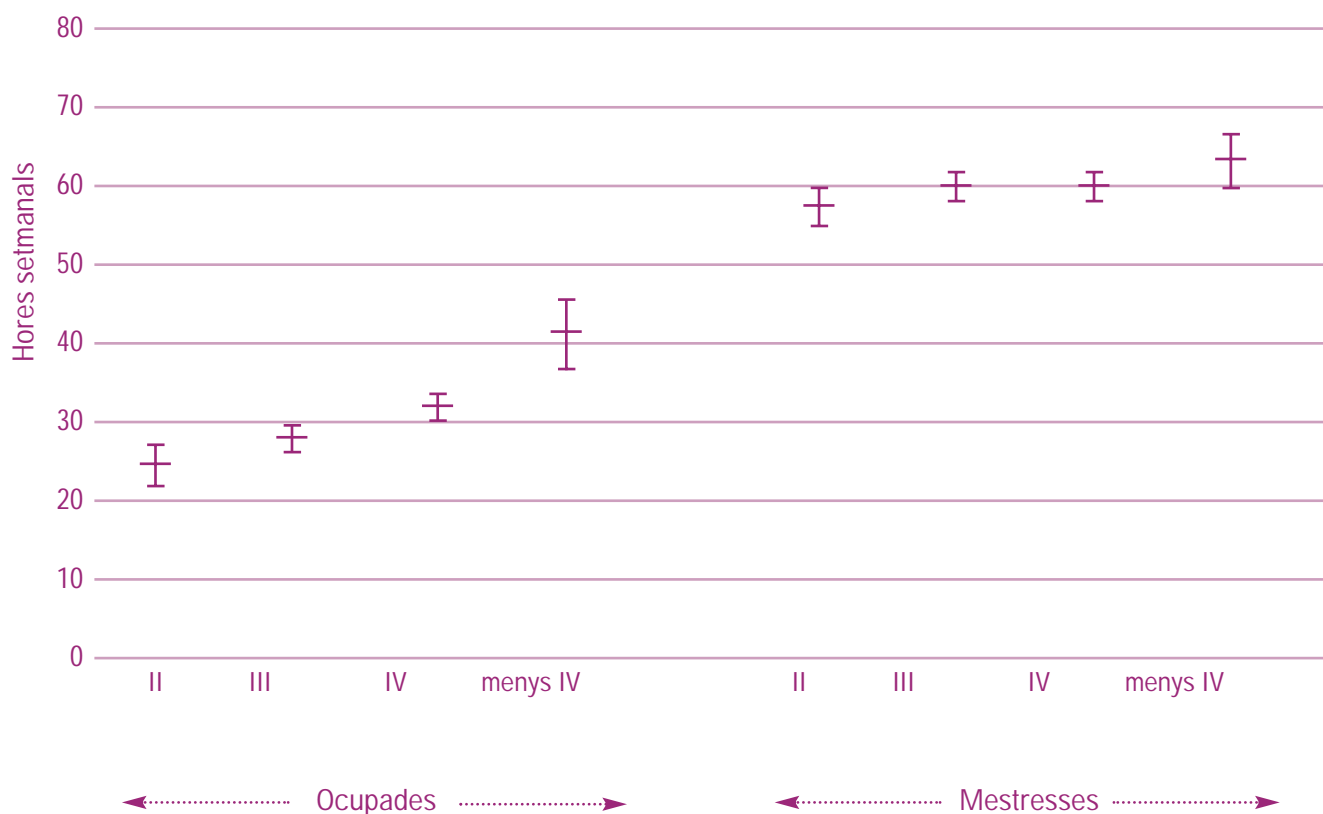
**Gràfic 4.96. Hores de treball domèstic setmanal en dones de 45 a 64 anys segons situació laboral i nombre de persones a la llar en dones (mitjana i interval de confiança del 95%)**



**Gràfic 4.97. Hores setmanals de treball total segons situació laboral i classe social en dones (mitjana i IC de 95%).**



**Gràfic 4.98. Hores setmanals de treball total segons situació laboral i nombre de persones a la llar en dones (mitjana i IC del 95%).**



dones ocupades i la de sobrepès i consum de tranquil·litzants entre les mestresses de casa (taula 4.7.).

### L'estat de salut percebut

Tot i que en totes les classes socials la prevalença de mal estat de salut percebut és lleugerament superior en les mestresses de casa, les diferències no són estadísticament significatives (gràfic 4.99.).

### L'estat de salut mental

Menys diferències s'observen encara en la prevalença de mal estat de salut mental que no s'associa ni amb la classe social ni amb la situació laboral (gràfic 4.100.). Tampoc no hi ha per aquests dos indicadors diferents patrons segons el grup d'edat.

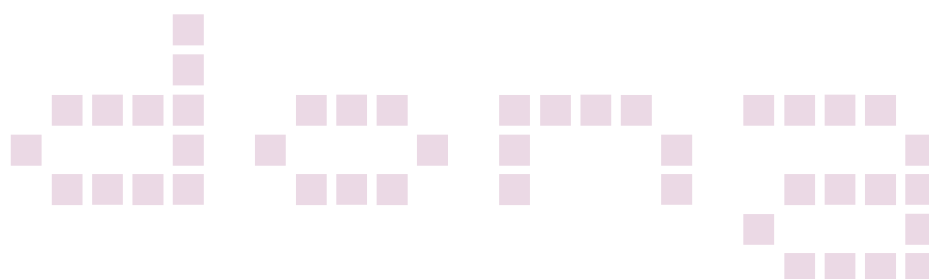
### El tabac

Les diferències en l'hàbit tabàquic segons el situació laboral es limiten als grup d'edat més alt. Entre les més joves, dones ocupades i mestresses fumen en proporcions similars (al voltant del 38%). Per contra, entre les més grans, la prevalença de tabaquisme és superior en les primeres (20% en front del 10%).

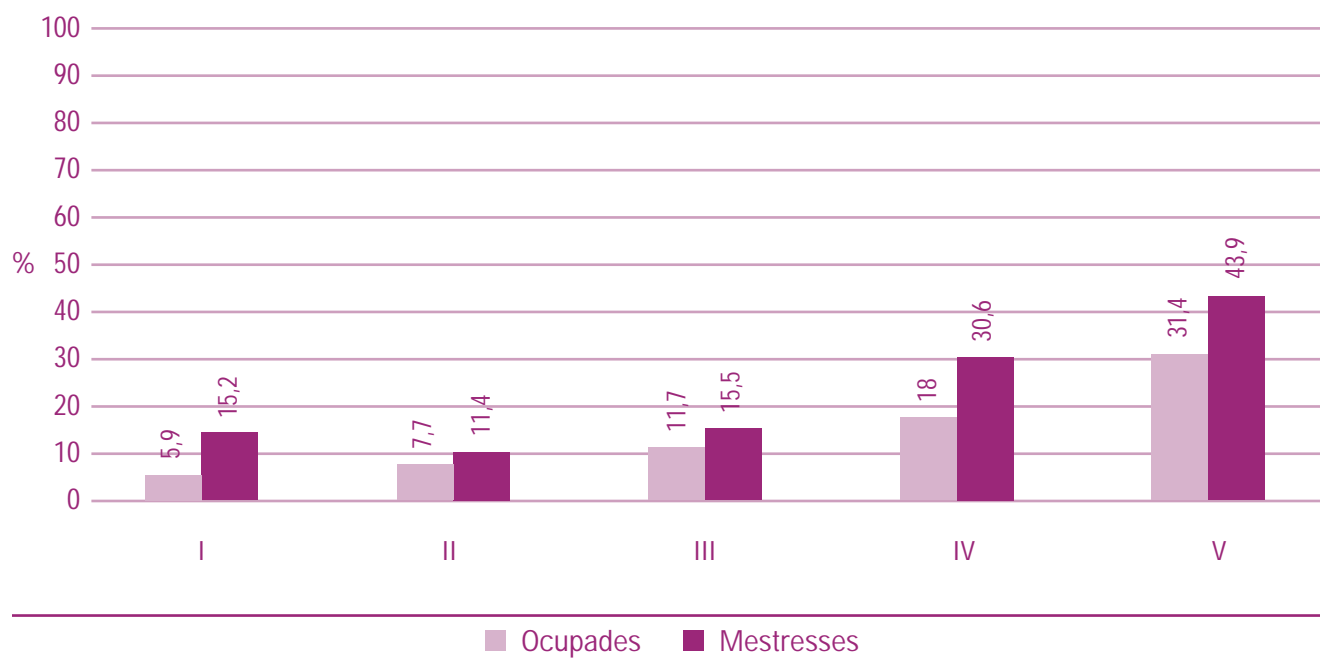
S'observa un fenomen interessant en relació amb l'edat en les dones ocupades: mentre entre les més joves la prevalença de tabaquisme augmenta a mida que es redueix la classe social, entre les més grans succeeix el contrari (fet que respon a la inversió en el patró de consum de tabac ja comentat anteriorment). En les mestresses de casa, però, no

**Taula 4.7. Trastorns de salut i comportaments relacionats amb la salut en dones segons la situació laboral (%)**

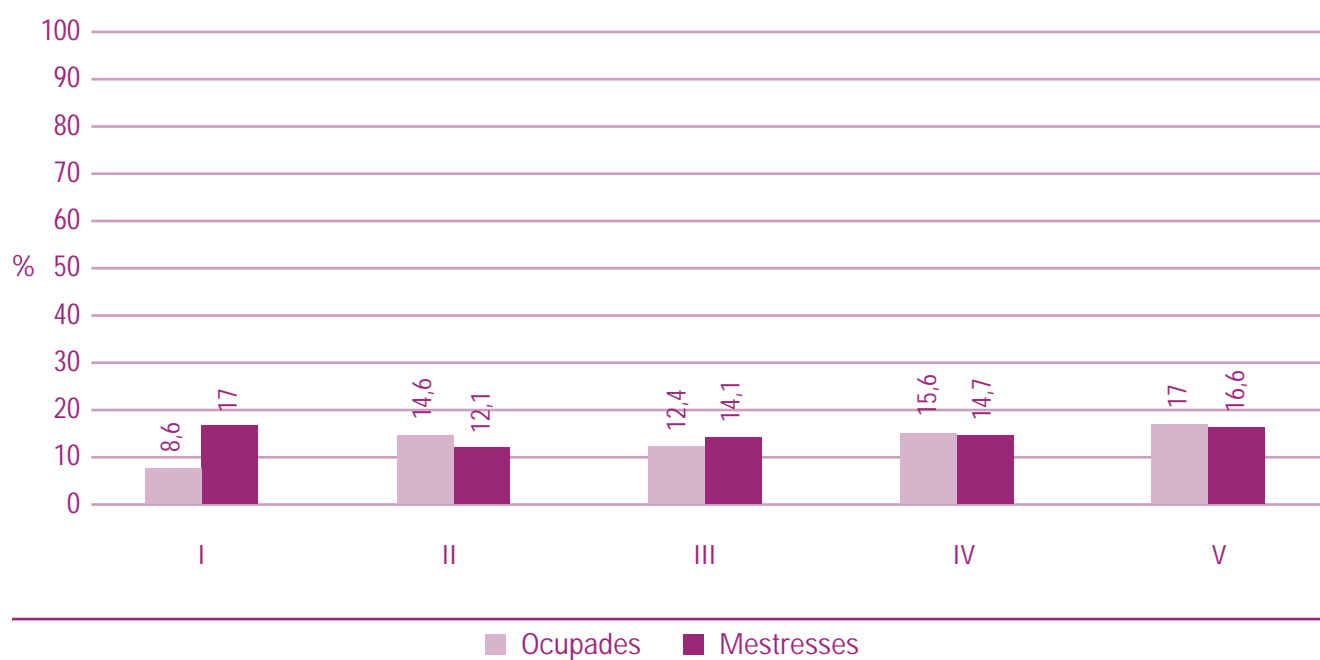
	Ocupades	Mestresses de casa
<i>Estat de salut</i>		
Mal estat de salut percebut	14,9	27,8
Mal estat de salut mental	13,6	14,7
Limitació crònica de l'activitat	13,0	16,9
Al·lèrgies	16,3	17,0
Artrosi o reumatisme	14,1	29,9
Bronquitis crònica	3,2	3,7
Asma	3,3	5,0
Diabetis	2,2	3,3
Migranya	15,2	17,0
Mal d'esquena (lumbar) crònic	26,5	31,5
Dolor cervical	28,8	33,6
Mala circulació	24,4	29,5
Trastorns cardíacs	2,4	3,9
Morenes	8,2	11,4
Embòlia/atac de feridura	0,3	0,6
Varices a les cames	21,6	29,2
Cataractes	0,7	2,7
Angina de pit/infart	0,6	0,4
Pressió alta	7,7	14,2
Úlcera d'estómac o de duodè	2,2	3,6
Restrenyiment crònic	9,9	13,4
Problemes de visió	13,9	17,7
Problemes d'audició	4,1	5,9
Altres trastorns crònics	15,9	16,5
<i>Comportaments relacionats amb la salut</i>		
Tabaquisme	31,2	17,4
Exercici físic	20,4	20,9
Sobrepès	17,7	32,9
Sis o menys hores de son diàries	29,8	27,8
Consum de tranquil·litzants	9,6	16,2



**Gràfic 4.99. Prevalença de mal estat de salut percebut segons situació laboral i classe social en dones (% estandarditzats per l'edat)**



**Gràfic 4.100. Prevalença de mal estat de salut mental segons situació laboral i classe social en dones (% estandarditzats per l'edat)**





s'aprecia un patró clar en relació amb la classe (gràfic 4.101).

### L'exercici físic

L'exercici físic s'associa amb la situació laboral de manera diferent segons grup d'edat. Si entre les més joves en fan més les dones ocupades, en les més grans succeïa el contrari (gràfic 4.102.).

### El sobrepès

La prevalença de sobrepès és superior en les mestresses de casa, independentment del grup d'edat (gràfic 4.103.).

### Les hores de son

Finalment, entre les persones més grans dormir menys de sis hores és més freqüent entre les dones

ocupades, si bé les diferències no arriben a ser estadísticament significatives. No hi ha diferències entre les dones més joves.

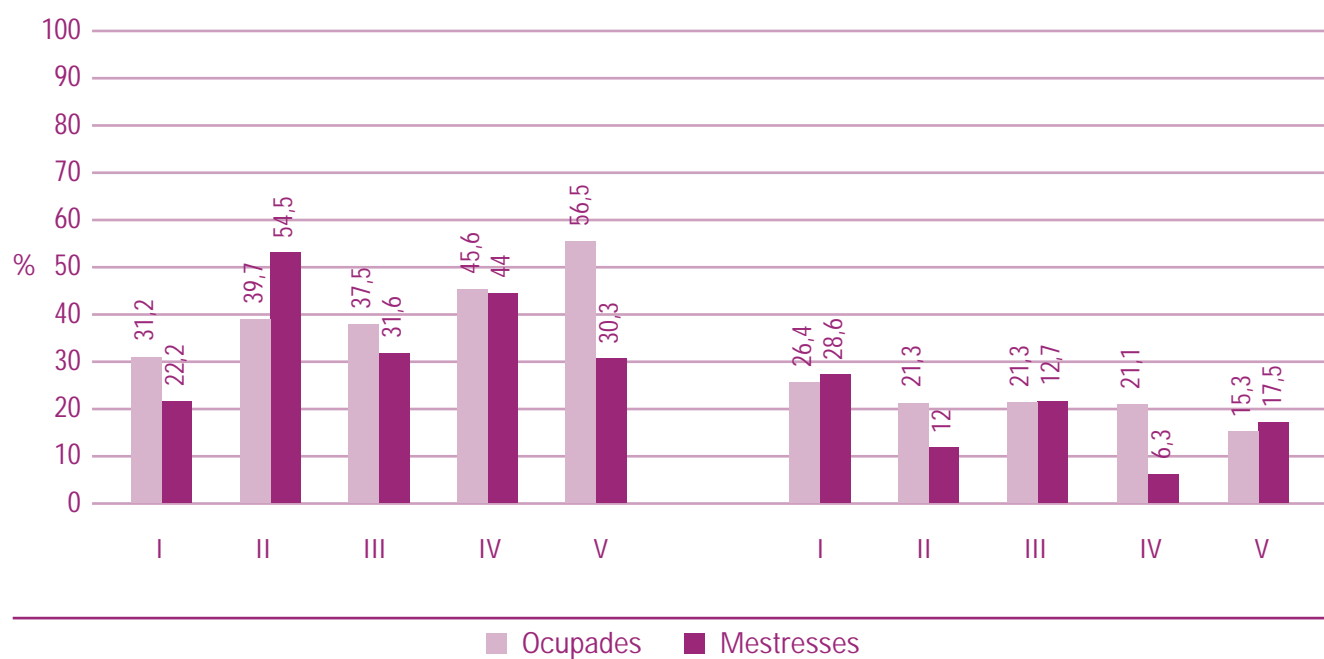
### El consum de tranquil·litzants

Tot i que no hi ha diferències en l'estat de salut mental entre mestresses de casa i dones ocupades, entre les més grans les mestresses de casa consumeixen més tranquil·litzants (19% davant 13%). Destaca en aquest grup el consum superior entre les dones de classes privilegiades (gràfic 4.104.).

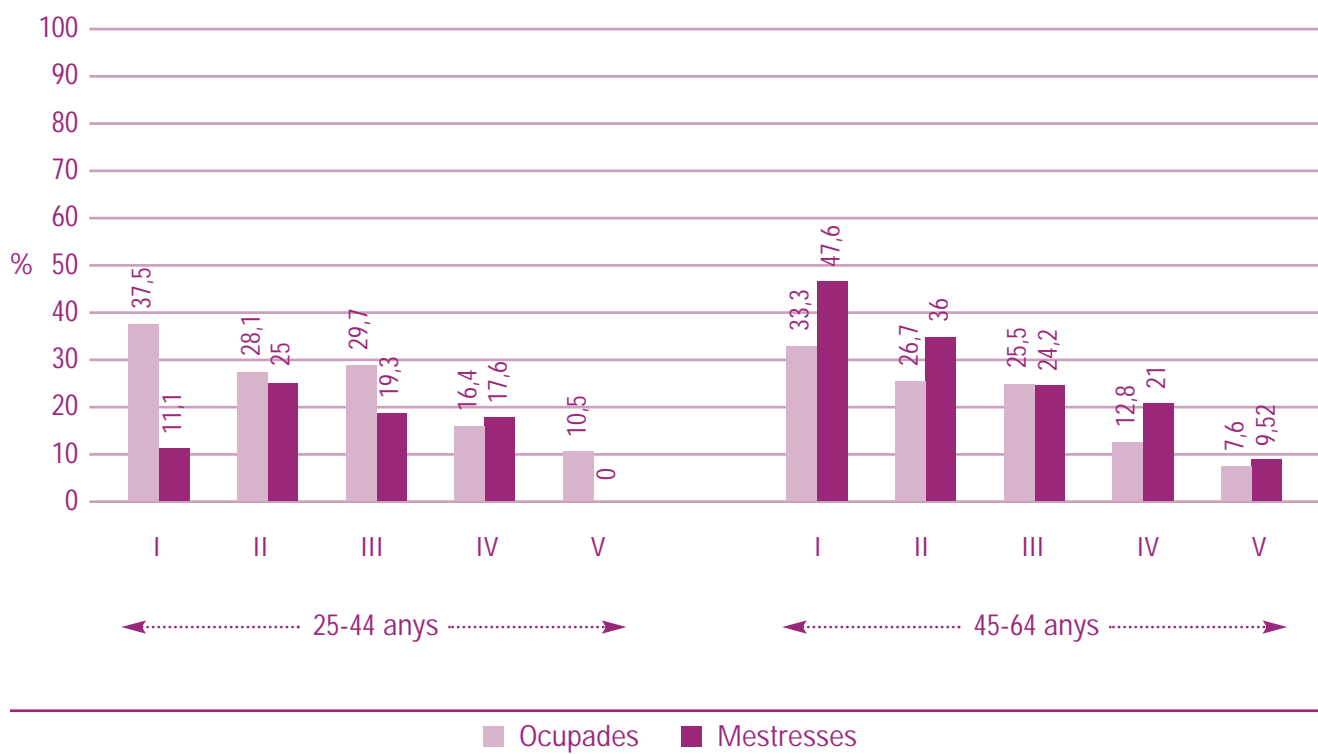
### 4.4.3. L'estat de salut i les exigències familiars en les mestresses de casa

Com en les dones ocupades, també en les mestresses de casa viure amb persones discapacitades s'associa amb mal estat de salut percebut (46% front al 26%). No s'observa associació entre

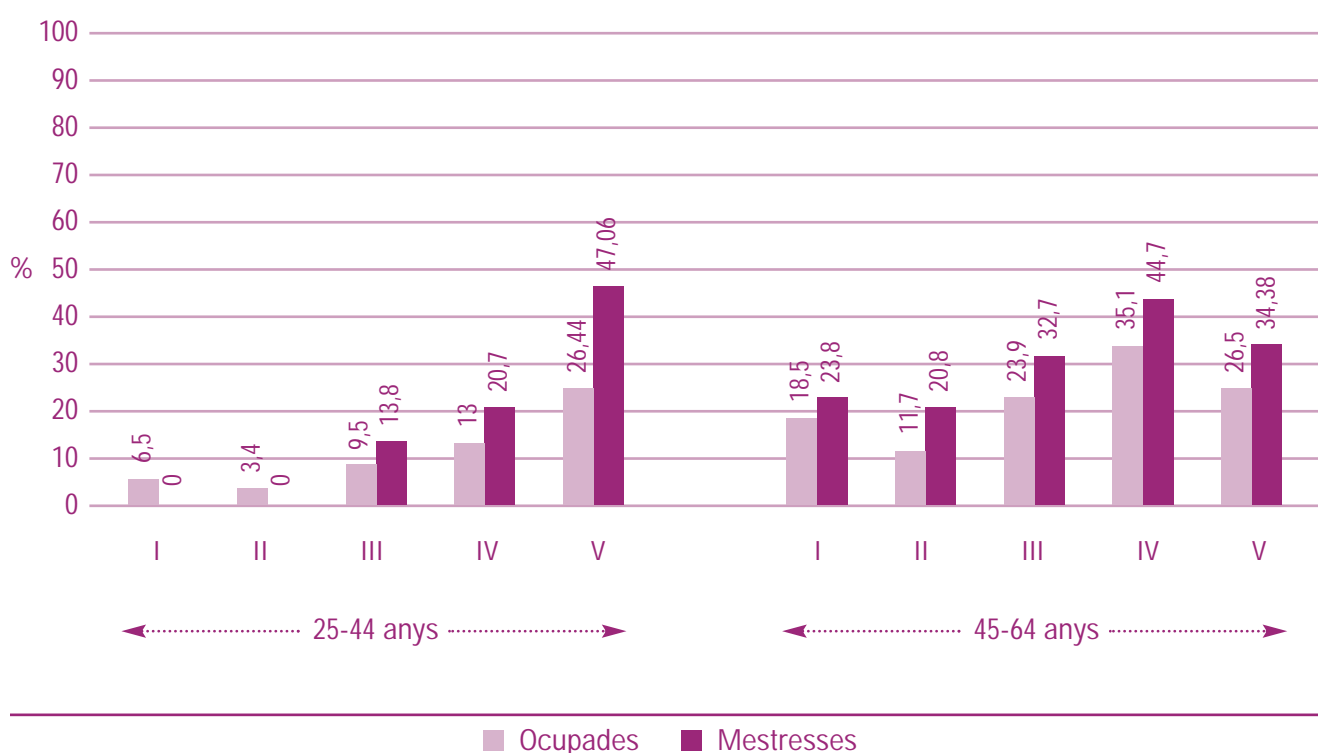
**Gràfic 4.101. Prevalença de tabaquisme segons situació laboral, classe social i grup d'edat en dones (%)**



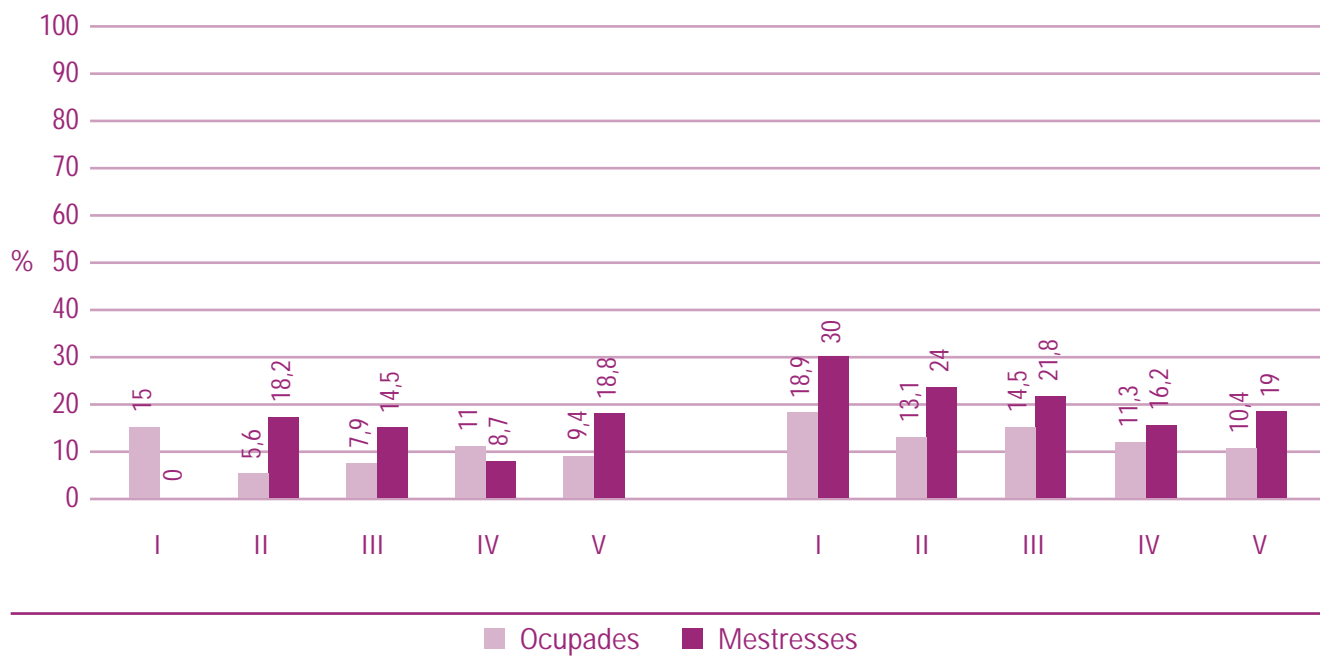
**Gràfic 4.102. Pràctica d'exercici físic segons situació laboral, classe social i grup d'edat en dones (%)**



**Gràfic 4.103. Prevalença de sobrepès segons situació laboral i classe social en dones (%)**



**Gràfic 4.104. Dones que han consumit tranquil·litzants en l'últim mes segons situació laboral, classe social i grup d'edat (%)**



l'estat de salut mental i les exigències familiars.

#### 4.4.4. Comportaments relacionats amb la salut en les mestresses de casa

Entre les mestresses de casa de 45 a 64 anys, l'exercici físic és més freqüent entre les que disposen d'una persona contractada per a les feines de la llar (41% en front 19% entre les que no en tenen).

Entre les mestresses de casa més joves dormir menys de sis hores s'associa a conviure amb infants menors de 3 anys (41,3% front a 28%).

A més a més, entre les mestresses de casa, de 25 a 44 anys, la probabilitat de prendre tranquil·litzants és més alta entre les que viuen amb persones discapacitades (35% en front del 17%).

Cal remarcar que les exigències familiars

mesurades amb el nombre de les persones de la llar només es relacionen amb mal estat de salut en dones ocupades, cosa que dóna suport a la hipòtesi dels efectes negatius de la doble jornada en dones treballadores. Això és coherent amb el fet que tenir una persona contractada per a les feines domèstiques s'associa amb un millor estat de salut en dones ocupades, però no en mestresses de casa.

### 4.5. Les dones responsables de llars monoparentals

#### 4.5.1. Característiques sociodemogràfiques

El 60% de les dones barcelonines de 25 a 64 anys conviu amb fills o filles. El 47% de les llars de dones d'aquesta edat estan composades per parella amb fills en la qual la dona té una feina remunerada; el 33% són parelles amb infants en què la dona no està ocupada; el 9% dels casos es tracta de dones

treballadores responsables d'una llar monoparental i finalment una petita proporció, 2%, són dones sense feina remunerada responsables d'una llar monoparental. El 10% restant presenten altres estructures de convivència i situació laboral.

Ser responsable d'una llar monoparental és una situació sovint difícil, amb dificultats que poden ser diferents segons la situació laboral (significa el mateix per a les dones ocupades que per a les mestresses de casa?). En aquest capítol comparem les condicions de vida i de treball i l'estat de salut de quatre grups de dones amb infants amb diferent situació laboral –ocupada o mestressa de casa– i estat civil o de convivència –viuen en parella o són responsables d'una llar monoparental. No es desagrega l'anàlisi segons grup d'edat perquè el baix nombre de persones responsables de llars monoparentals no ho permet.

Com s'aprecia al gràfic 4.105, l'edat de les dones amb fills és diferent segons l'estructura de con-

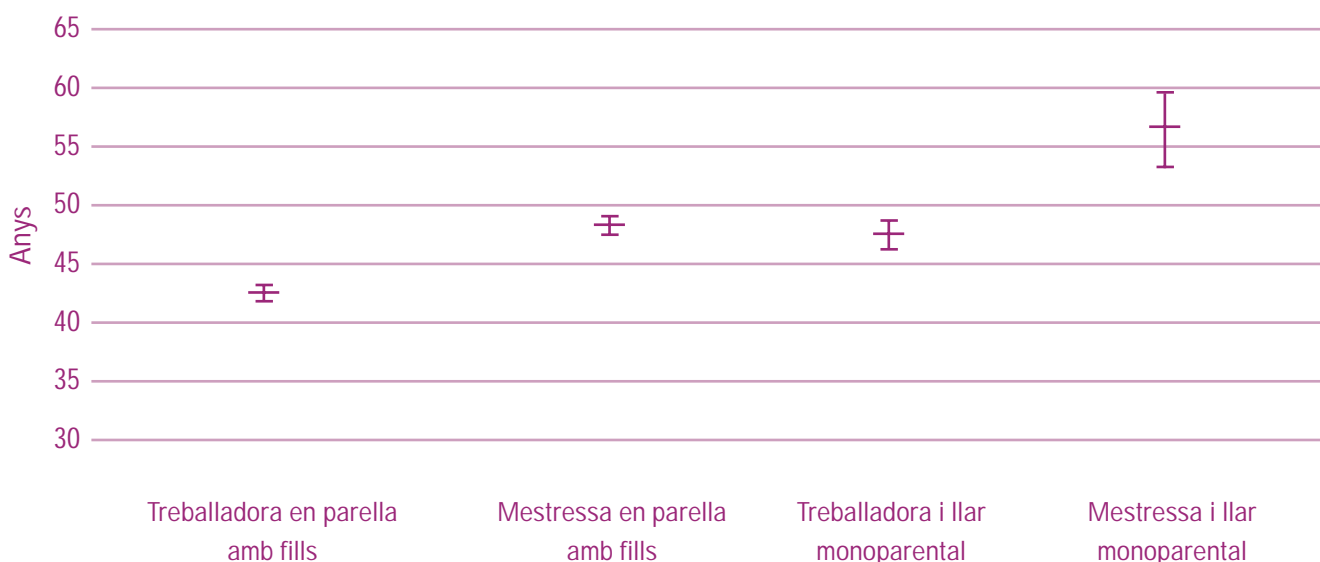
vivència, més joves les treballadores casades o que viuen en parella i més grans les mestresses de casa responsables de llars monoparentals (gràfic 4.105.).

L'estat civil en les dones responsables de llars monoparentals és diferent segons la situació laboral. Si entre les ocupades, la majoria són separades o divorciades (gràfic 4.106.), en les mestresses de casa la major part són vídues (gràfic 4.107.).

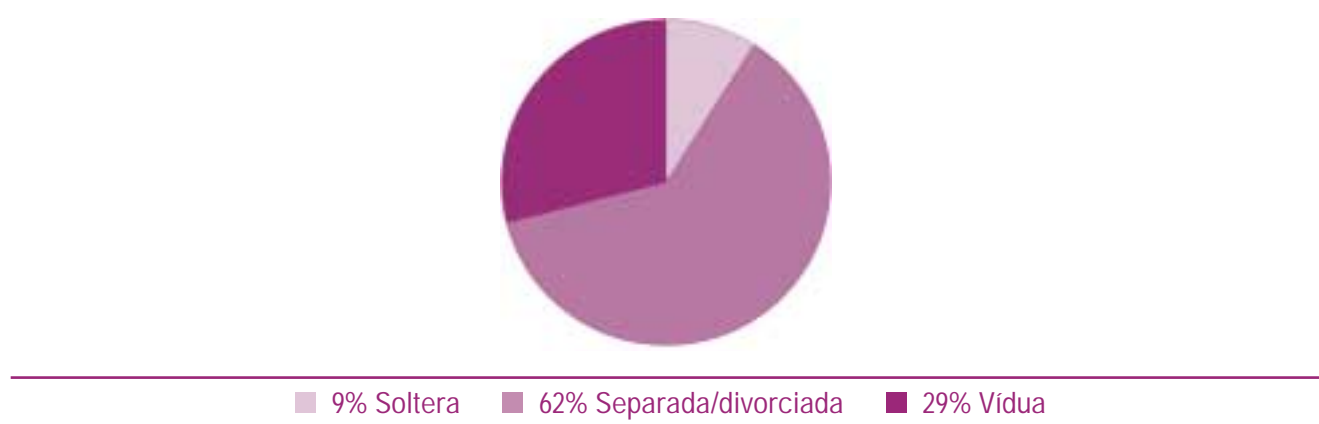
Com s'aprecia al gràfic 4.108., hi ha diferències en la classe social entre les dones amb diferents estructures de convivència. Destaca, sobretot, l'alt nombre de treballadores responsables de llars monoparentals en la classe social més desfavorida.

La proporció de dones ocupades responsables d'una llar monoparental, situació que tenint en compte la distribució segons classe social, sembla particularment difícil, és diferent segons districte (gràfic 4.109.). Més freqüent als districtes II, III i VII, les proporcions es redueixen a la meitat als districtes VIII o IX.

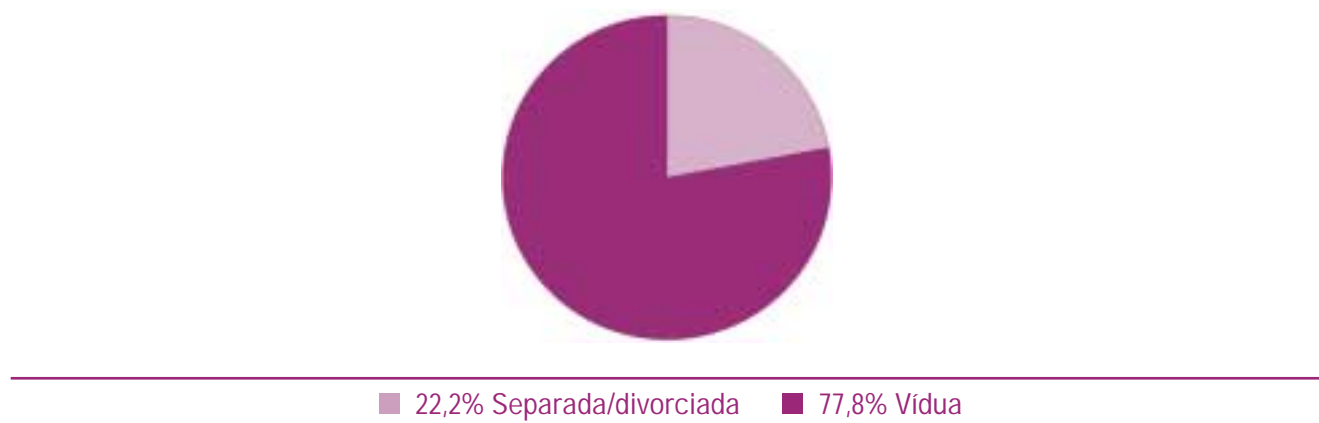
**Gràfic 4.105. Edat segons situació laboral i estructura de convivència en dones amb infants (mitjana i interval de confiança del 95%)**



**Gràfic 4.106. Estat civil en dones ocupades responsables de llars monoparentals (%)**



**Gràfic 4.107. Estat civil en mestresses de casa responsables de llars monoparentals (%)**

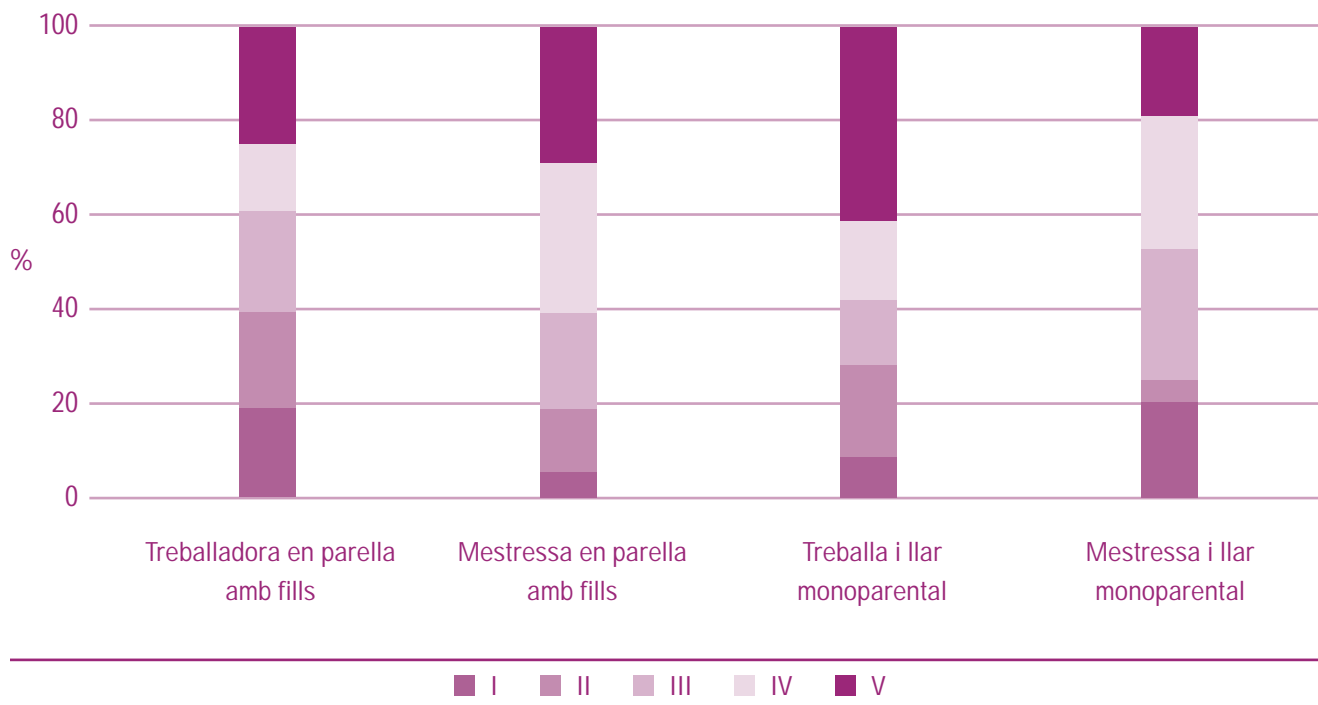


Viure amb persones majors de 65 anys és més freqüent entre les mestresses de casa que viuen en parella. Si en aquest col·lectiu, el 14% conviu amb alguna persona gran, els percentatges en mestresses responsables de llars monoparentals, mares ocupades que viuen en parella i treballadores responsables de llars monoparentals són 3,8%, 7,8% i 5,8%, respectivament. Viure amb discapacitats és més habitual entre les mestresses de casa responsables de llars monoparentals (11,1%). Les proporcions en la resta dels grups són de 7% per a mestresses de casa que viuen en parella i de 4% per a les dones ocupades, sense diferències segons estructura de convivència.

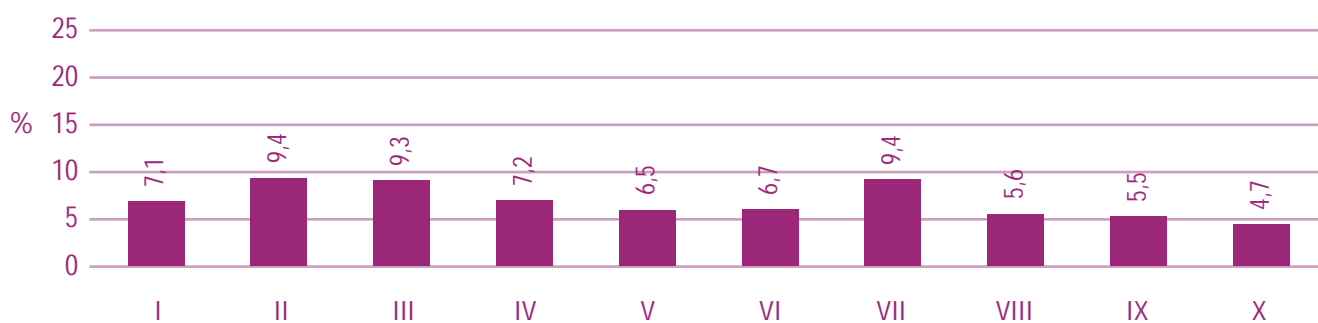
No hi ha diferències en el nombre d'hores dedicat al treball remunerat entre les mestresses de casa que viuen en parella i les que són responsables de llars monoparentals. Les dones ocupades responsables de llars monoparentals treballen, més hores a casa que les que viuen en parella, (gràfic 4.110.) el que és coincident amb el fet que compten amb una persona contractada per les feines domèstiques amb menys freqüència que les dones que viuen en parella (gràfic 4.111.).

Així, finalment, el nombre d'hores de treball total és significativament més alt entre les dones ocupades responsables de llars monoparentals (gràfic 4.112.).

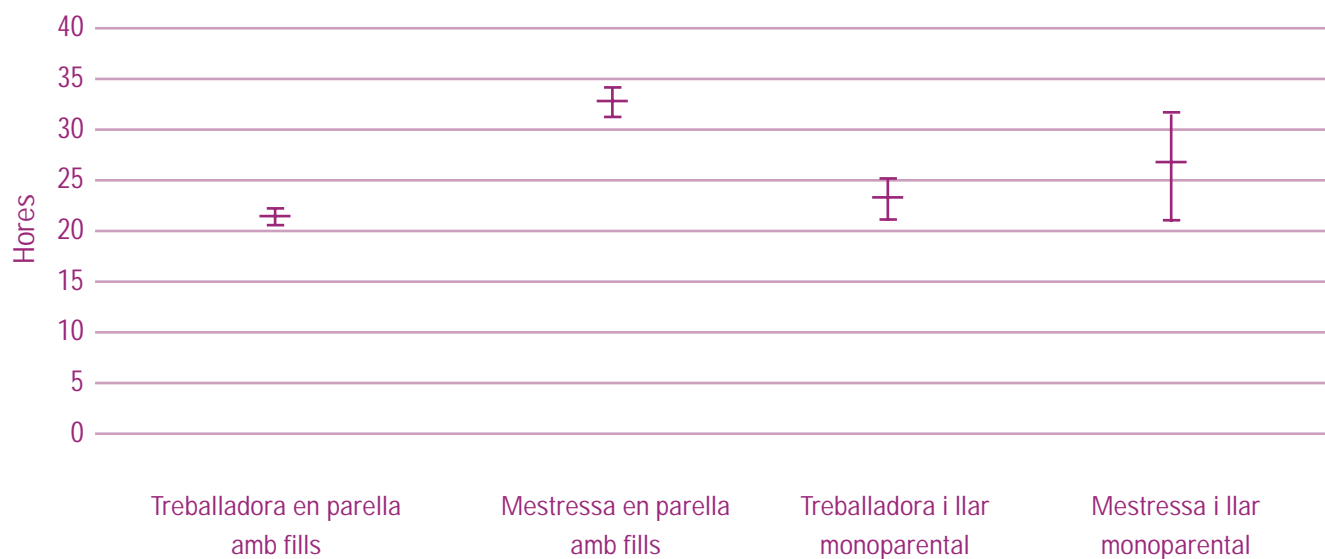
**Gràfic 4.108. Classe social segons situació laboral i estructura de convivència en dones amb infants (% estandarditzats per l'edat)**



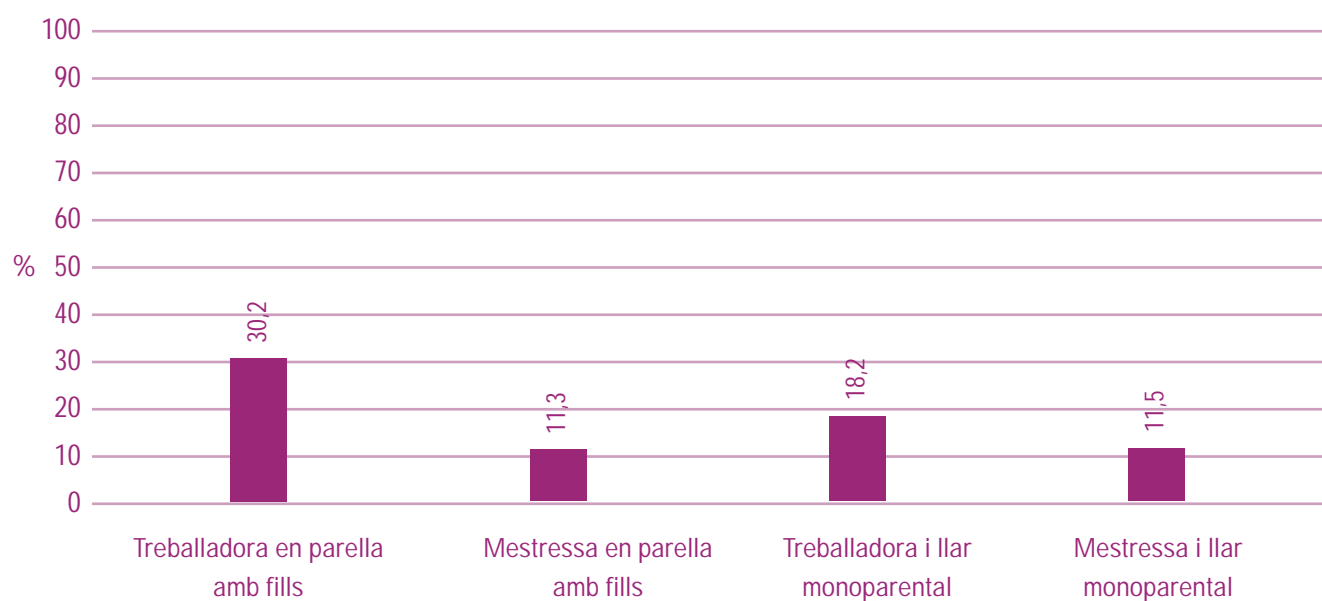
**Gràfic 4.109. Proporció de dones ocupades responsables de llars monoparentals segons districte (% estandarditzats per l'edat)**



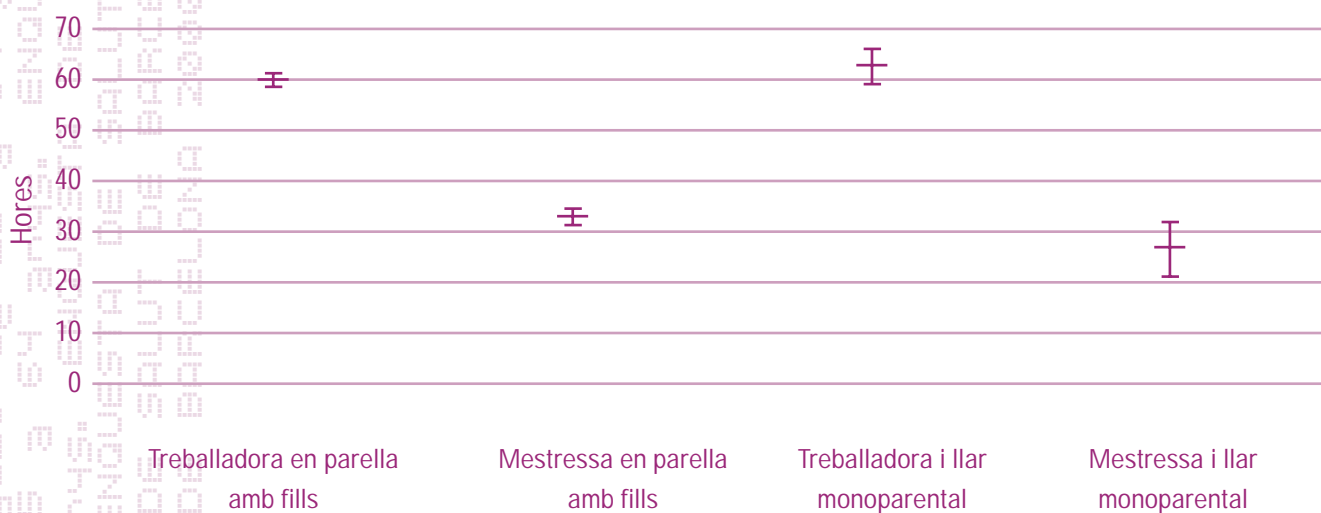
**Gràfic 4.110. Hores setmanals de treball remunerat segons situació laboral i estructura de convivència en dones amb infants (mitjana i interval de confiança del 95%)**



**Gràfic 4.111. Dones que disposen d'una persona contractada per a les feines domèstiques segons situació laboral i estructura de convivència en dones amb infants (% estandarditzats per l'edat)**



**Gràfic 4.112. Hores setmanals de treball total segons situació laboral i estructura de convivència en dones amb infants (mitjana i interval de confiança del 95%)**



son ni en el sobrepès.

#### 4.5.2. L'estat de salut i els comportaments

Mentre que no s'observen diferències en l'estat de salut percebut entre les dones que viuen en llars monoparentals i les mares que conviuen amb la seva parella, l'estat de salut mental és pitjor entre les primeres (gràfic 4.113.), cosa que és coincident amb la troballa ja mencionada anteriorment del pitjor estat de salut mental entre les persones separades, divorciades i vídues (gràfic 4.57.).

Curiosament però, prendre tranquil·litzants està associat, fonamentalment, amb la situació laboral de ser mestressa de casa. En prenen més, però sobretot quan són responsables de llars monoparentals (gràfic 4.114.).

Pel que fa als altres comportaments relacionats amb la salut, les dones ocupades responsables de llars monoparentals fumen més que les que viuen en parella (gràfic 4.115.) però fan més exercici físic (gràfic 4.116.). No hi ha diferències en les hores de

### 4.6. Les persones que viuen soles

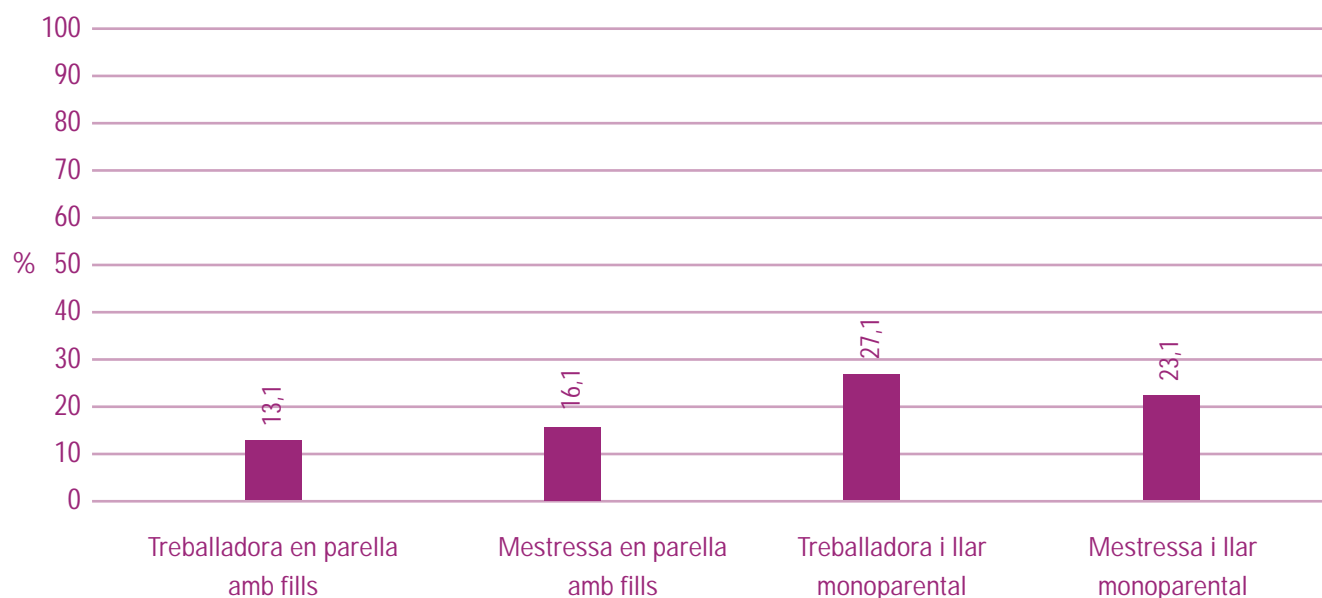
#### 4.6.1. Característiques sociodemogràfiques

Viure sol o sola pot ser una elecció lliure o una situació a què una persona es veu forçada per circumstàncies familiars o professionals. Aquesta segona situació podria associar-se amb la manca de relacions socials, el que és un factor de risc conegut per a la salut. En torn a les llars unipersonals sorgeixen moltes qüestions relacionades amb possibles diferències de gènere: són les mateixes les raons de viure sol en homes i en dones? Són semblants els efectes potencials per a la salut? Les analitzem al llarg d'aquesta secció. No es desagrega l'anàlisi segons el grup d'edat pel baix nombre de persones que viuen soles.

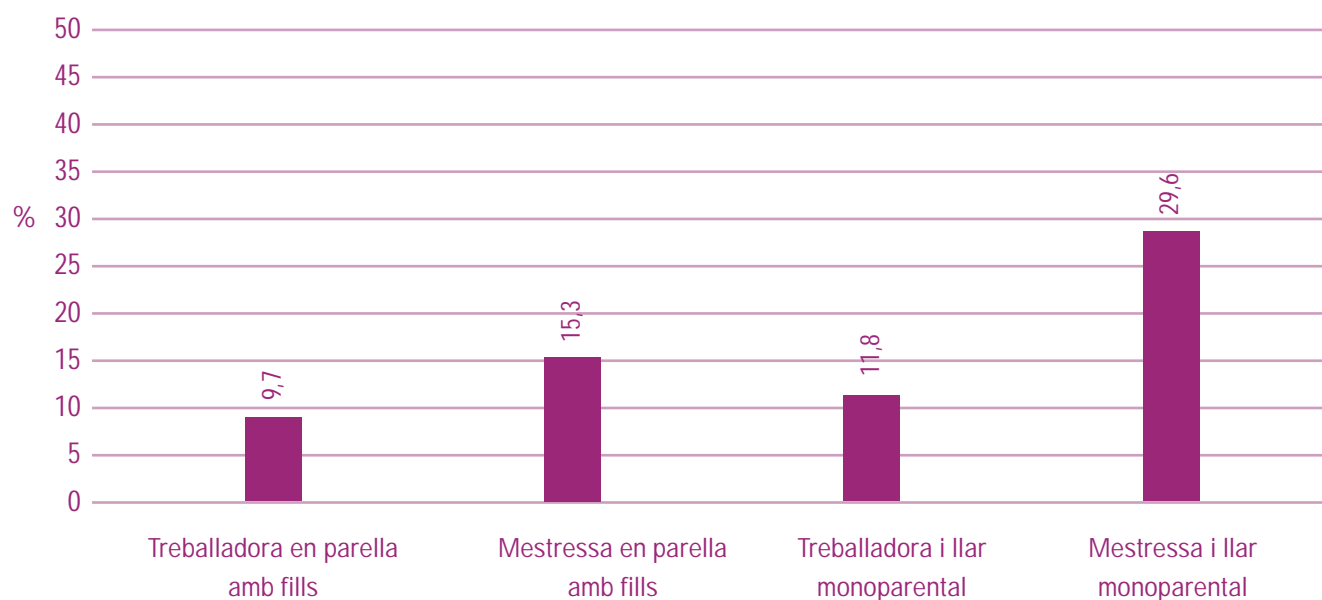
El 6% de les persones de 25 a 64 anys viuen soles i la proporció és similar per a homes i dones. Hi ha diferències de gènere però en l'estat civil (gràfic 4.117.). El 71% dels homes són solters, mentre entre



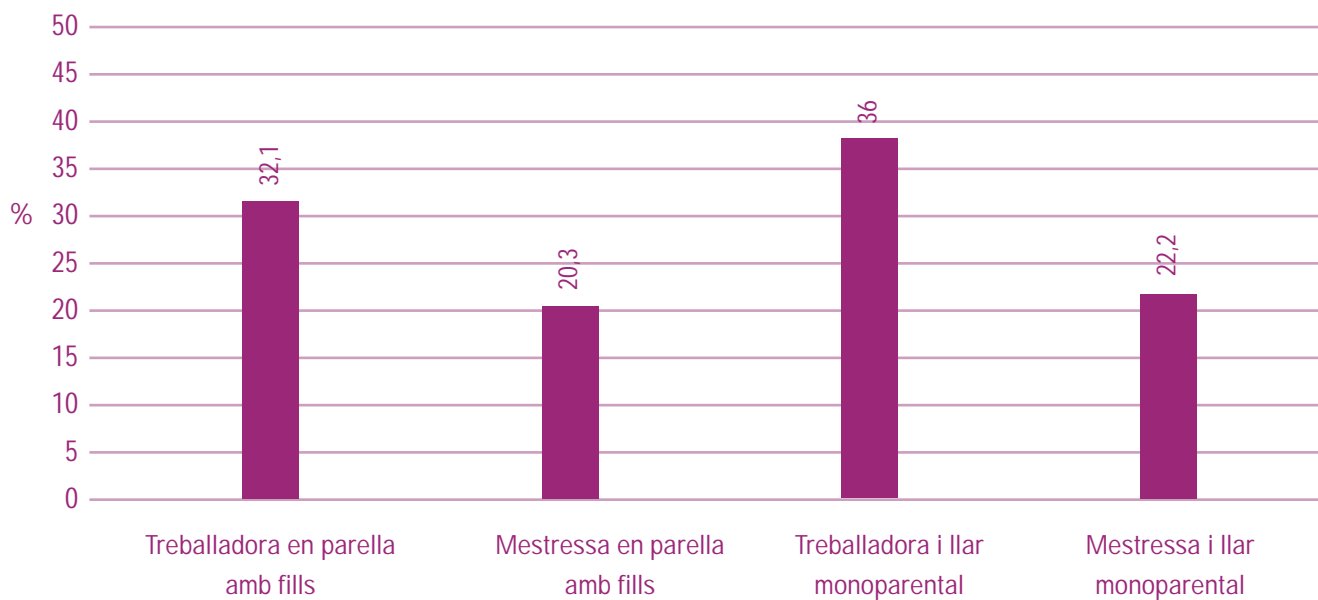
**Gràfic 4.113. Prevalença de mal estat de salut mental segons situació laboral i estructura de convivència en dones amb infants (% estandarditzats per l'edat)**



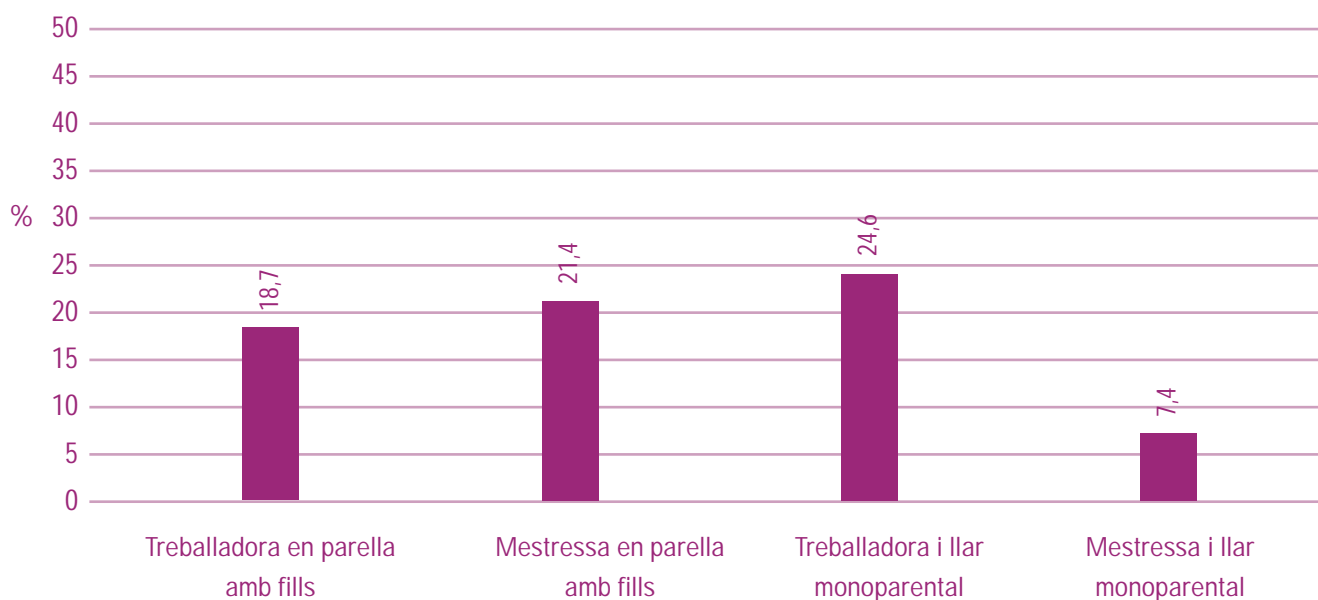
**Gràfic 4.114. Persones que han pres tranquil·litzants en l'últim mes segons situació laboral i estructura de convivència en dones amb infants (%)**



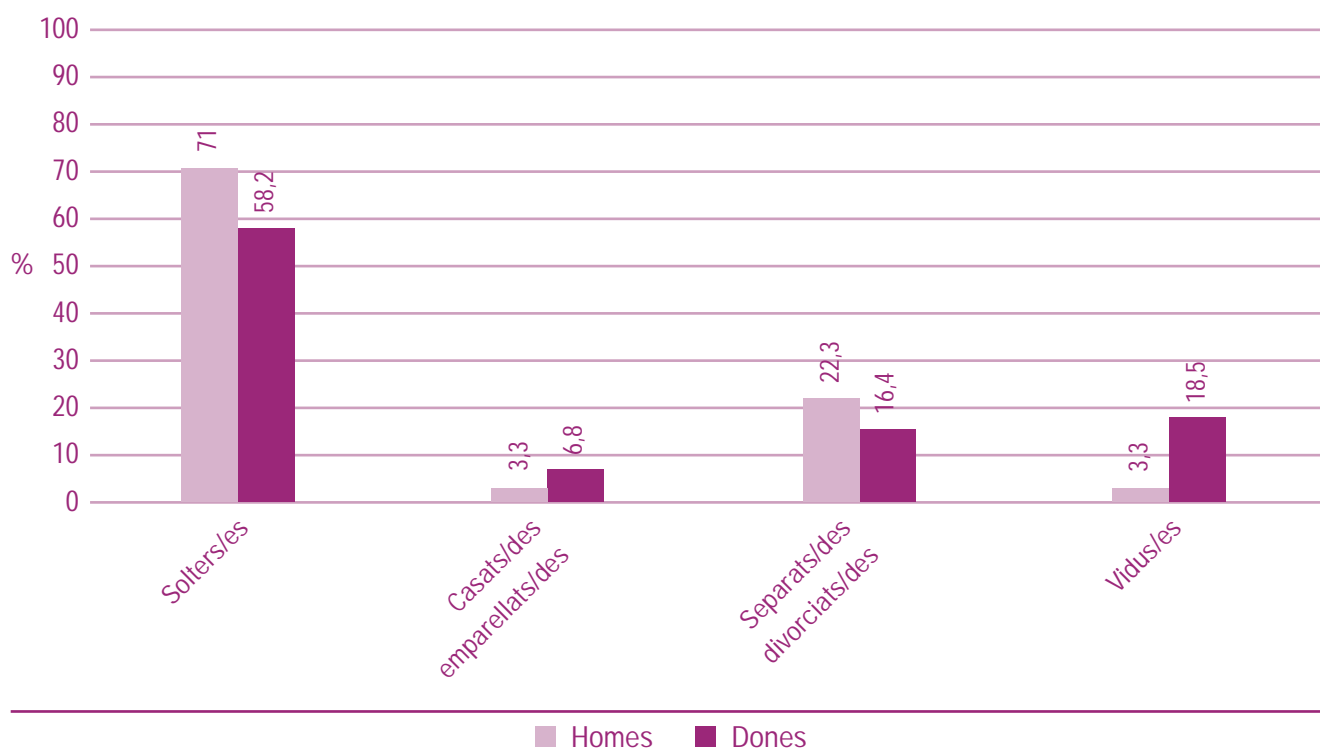
**Gràfic 4.115. Prevalença de tabaquisme segons situació laboral i estructura de convivència en dones amb infants (%)**



**Gràfic 4.116. Dones amb infants que practiquen exercici físic segons situació laboral i estructura de convivència**



**Gràfic 4.117. Estat civil o de conveniència en persones que viuen soles segons sexe (%)**



les dones el percentatge de solteres és més baix, d'aproximadament la meitat. La proporció de vídues és superior en les dones (19% front al 3%) i la de separats o divorciats en els homes.

Com s'aprecia al gràfic 4.118, l'edat mitjana està associada a l'estat civil,<sup>\*</sup> de manera que és més baixa entre les persones solteres i superior entre les vídues.

Hi ha diferències de gènere també en la situació laboral (gràfic 4.119.). Quasi tots els homes fan una feina remunerada (74%), mentre que la proporció en dones és del 58%.

La situació laboral està estretament lligada a l'estat civil o de convivència en dones com s'observa al gràfic 4.120. Mentre la majoria de les solteres té una feina remunerada, només la tercera part de les separades, divorciades o vídues està ocupada.

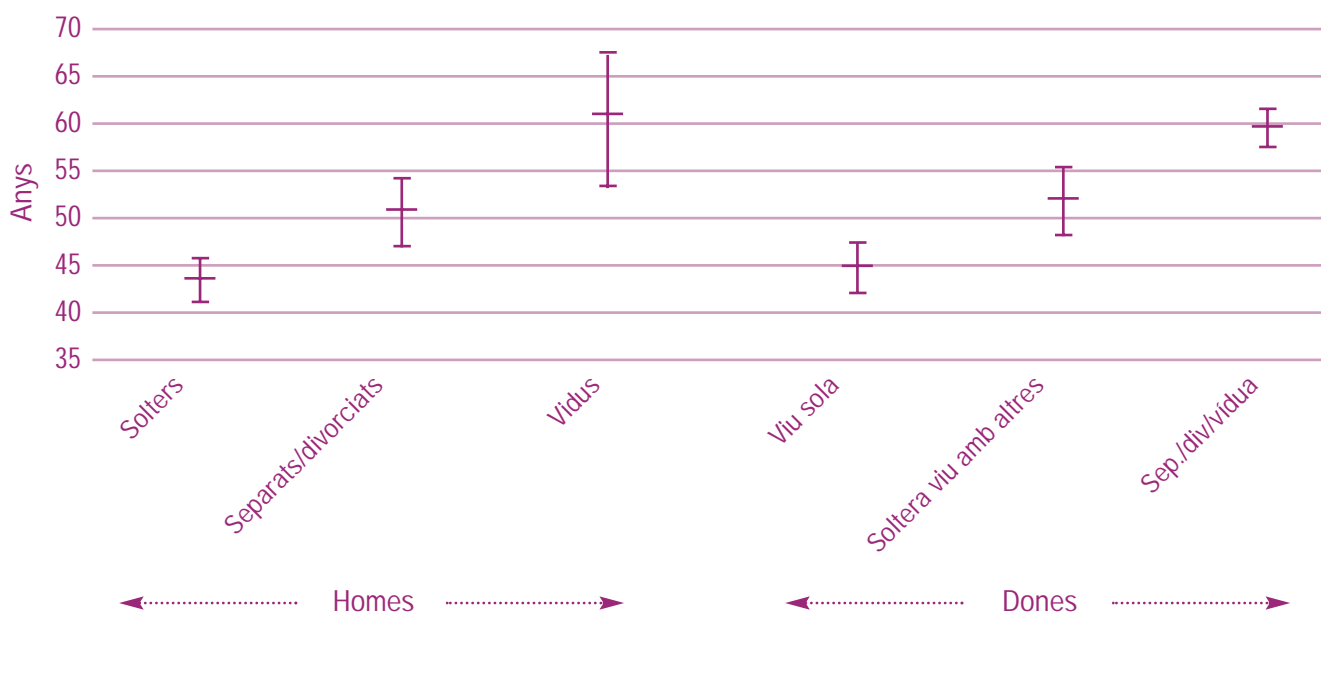
Al gràfic 4.121, es mostra l'edat de les persones ocupades segons l'estructura de convivència. Els ocupats que viuen sols són més joves que els casats o els separats, divorciats i vidus, però menys que els solters que viuen acompanyats, molts d'ells a casa dels seus pares.

Una carrera professional molt exigent podria limitar les possibilitats de formar una família i això sembla que d'alguna manera passa a Barcelona. Entre les persones ocupades que viuen soles hi ha més que pertanyen a la classe social I, és a dir, fan les ocupacions més qualificades (gràfic 4.122.).

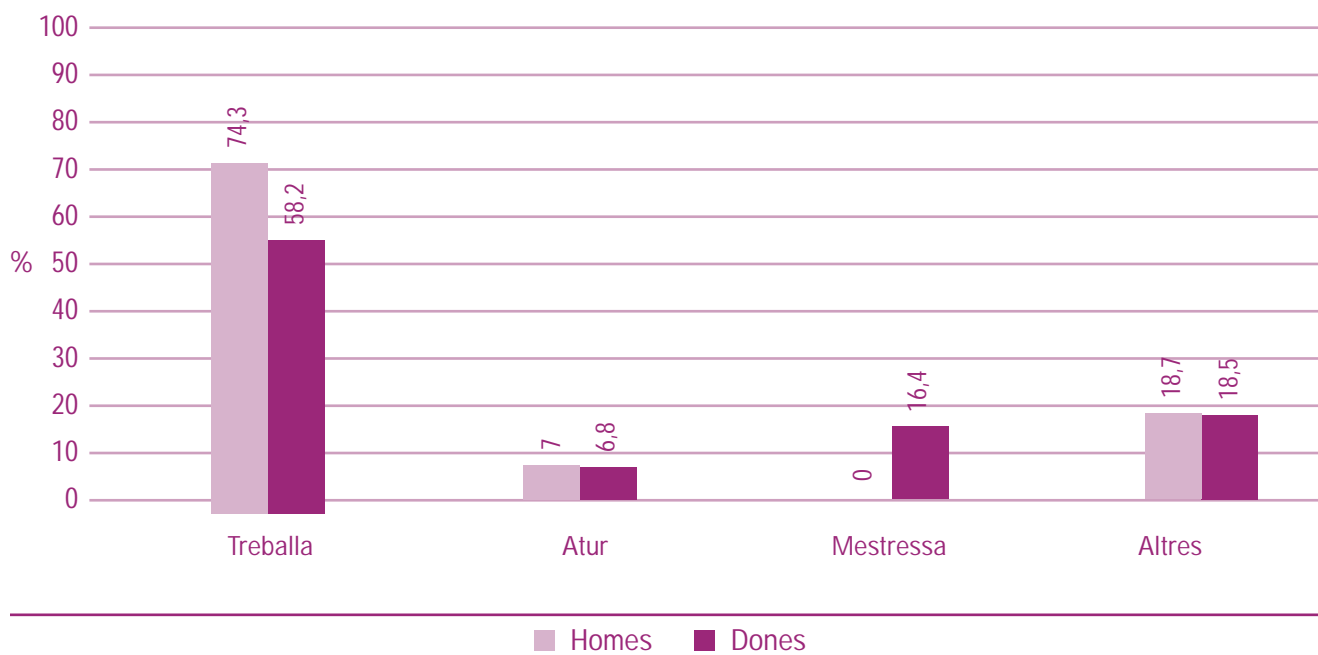
Podria argumentar-se que més persones de classe social alta optessin per fórmules de convivència alternatives en les seves relacions de parella.

<sup>\*</sup> No es consideren les persones casades pel baix nombre d'efectius.

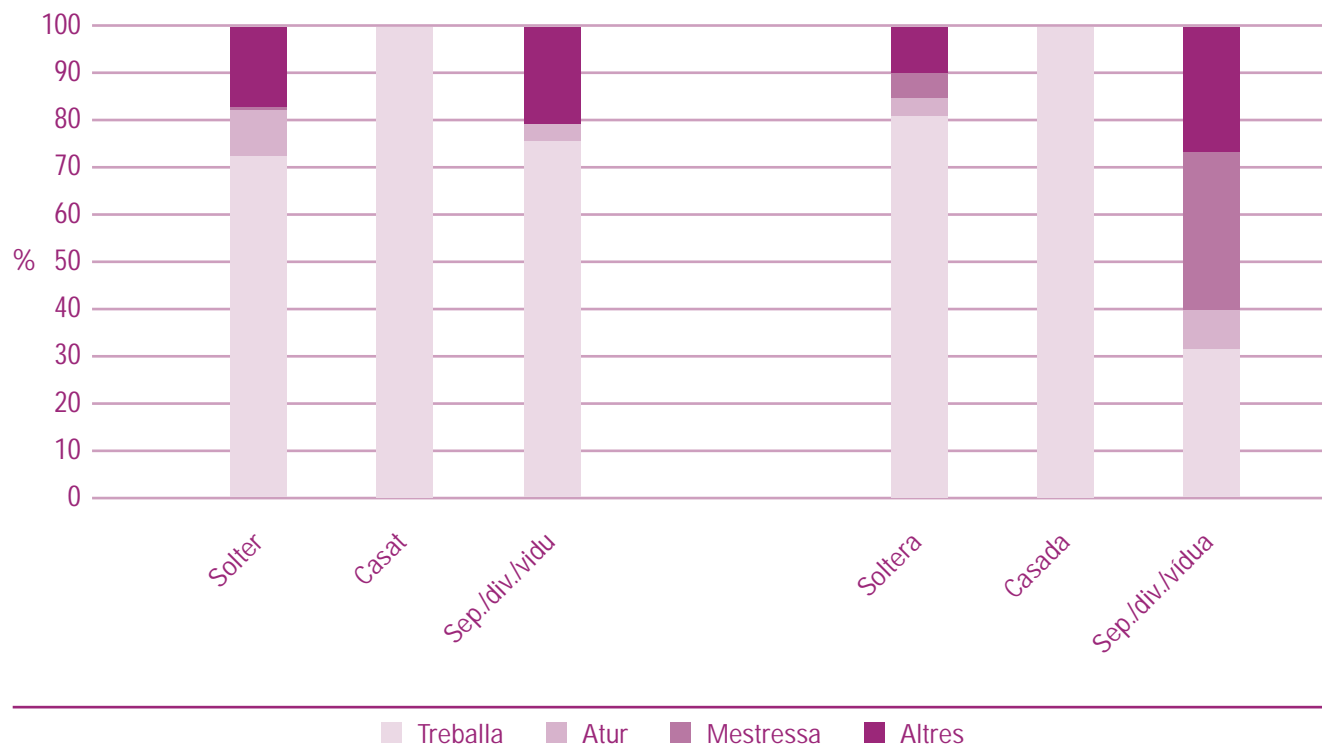
**Gràfic 4.118. Edat segons estat civil o de convivència en persones que viuen soles segons sexe (mitjana i interval de confiança del 95%)**



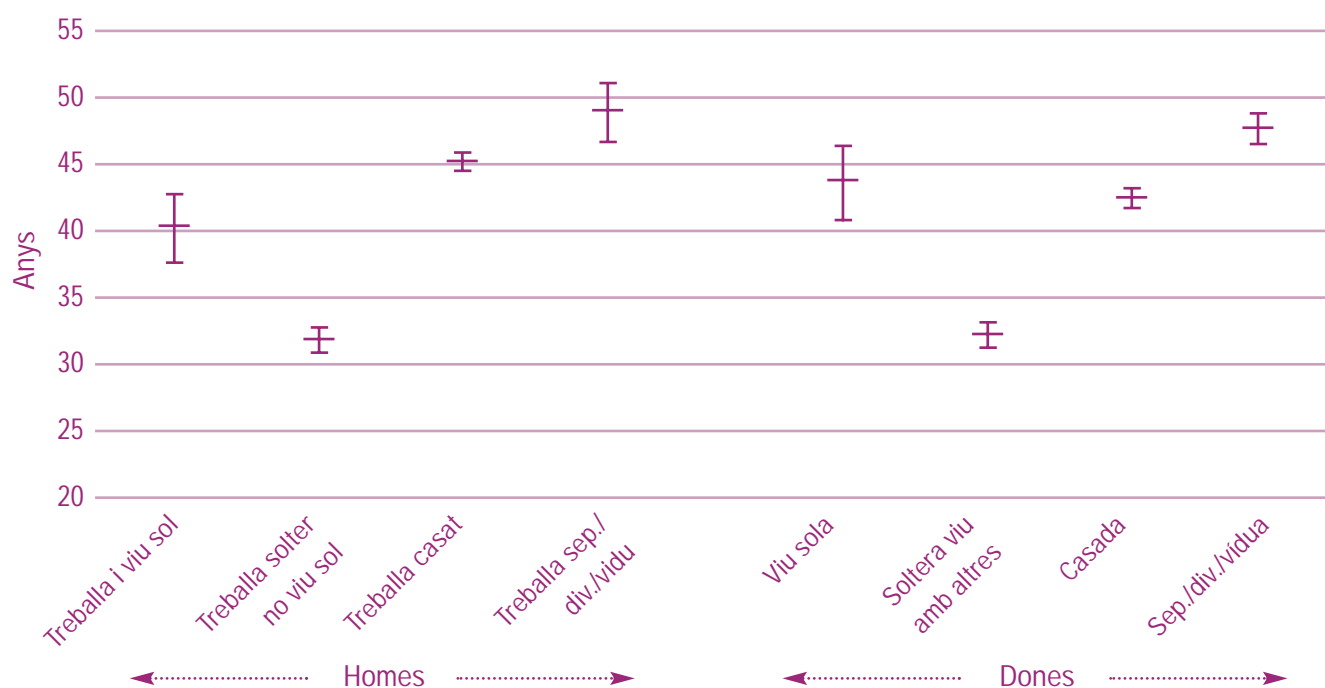
**Gràfic 4.119. Situació laboral en persones que viuen soles segons sexe (%)**



**Gràfic 4.120. Situació laboral en persones que viuen soles segons estat civil o de convivència segons sexe (%)**\*

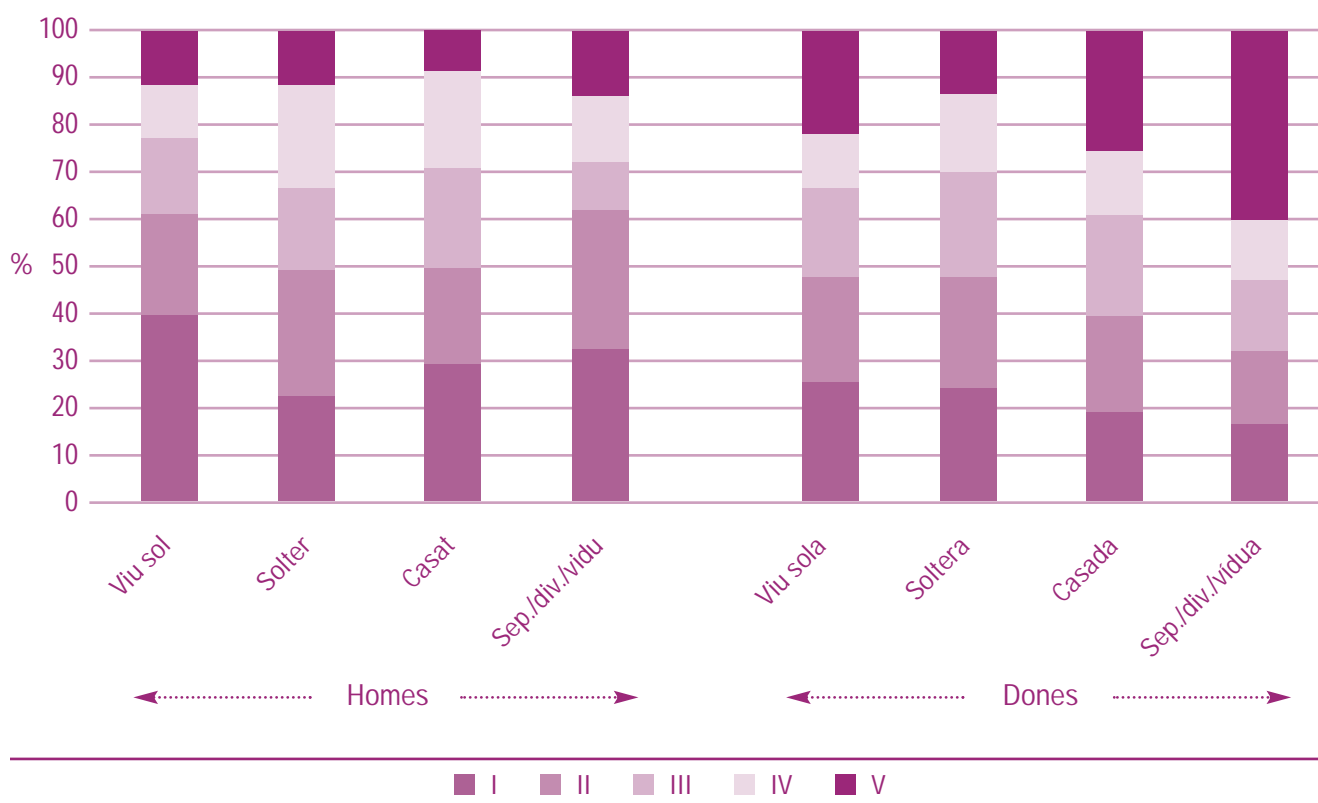


**Gràfic 4.121. Edat segons estructura de convivència en persones ocupades segons sexe (mitjana i interval de confiança del 95%)**



\* El nombre de persones casades que viuen soles és molt baix.

Gràfic 4.122. Classe social i estructura de convivència (% estandarditzats per l'edat)



*Nota: Els grups de solters, casats i separats, divorciats o vidus són persones que conviuen amb altres.*

Això podria succeir en homes en els que, com s'aprecia al gràfic 4.123, els que menys temps dediquen al treball remunerat són els que viuen sols i els solters que viuen amb altres persones. En canvi, les dones que viuen soles són les que més hores treballen, més que les solteres que viuen amb altres persones i que les casades o que conviuen en parella.

Els homes ocupats que viuen sols, seguits dels separats, divorciats i vidus són els que dediquen més temps al treball domèstic (gràfic 4.124.). En les dones són les casades i separades, divorciades o vídues.

Si entre els homes tenir una persona contractada per a les feines de la llar s'associa estretament amb l'estructura de convivència –menys freqüent entre les persones casades o que viuen en parella– entre les dones únicament s'observa una menor proporció entre

les solteres que viuen amb altres, en la majoria dels casos probablement els seus pares (gràfic 4.125.).

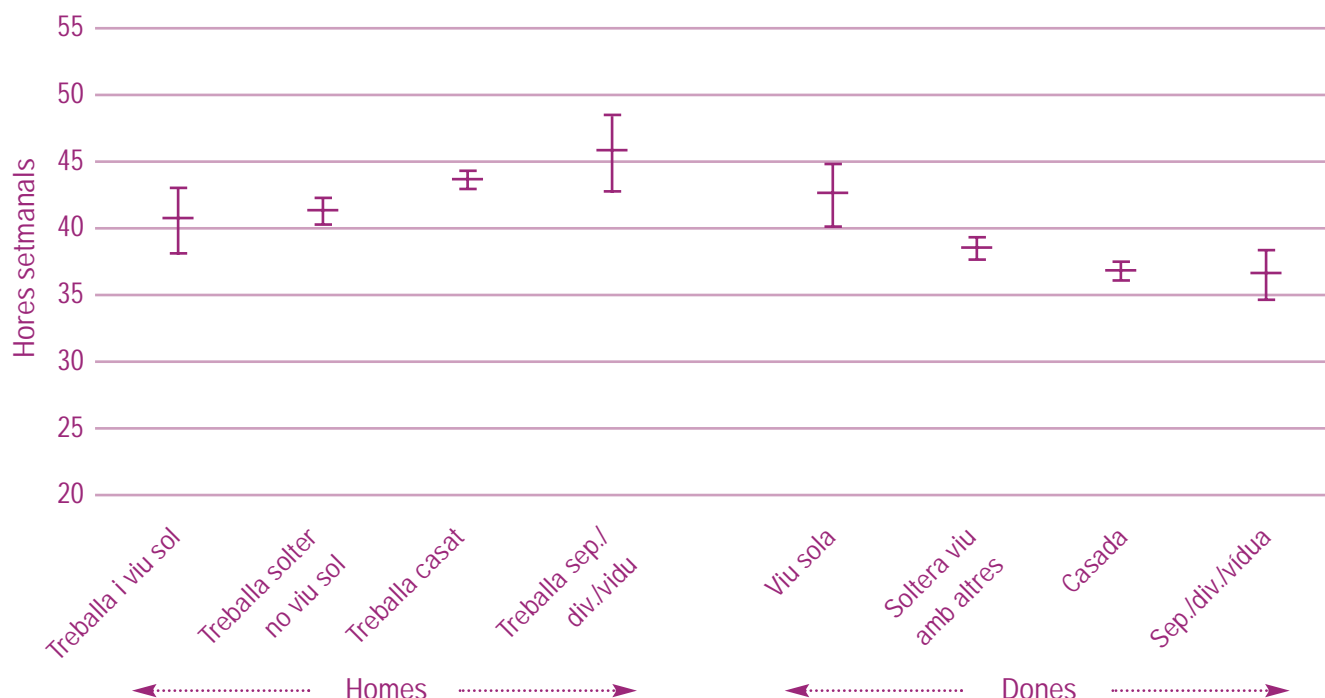
#### 4.6.2. L'estat de salut i els comportaments

Atès que la majoria de les persones que viuen soles tenen una feina remunerada i que estar ocupat determina en gran mesura l'estat de salut i els comportaments només en població ocupada que viu sola.

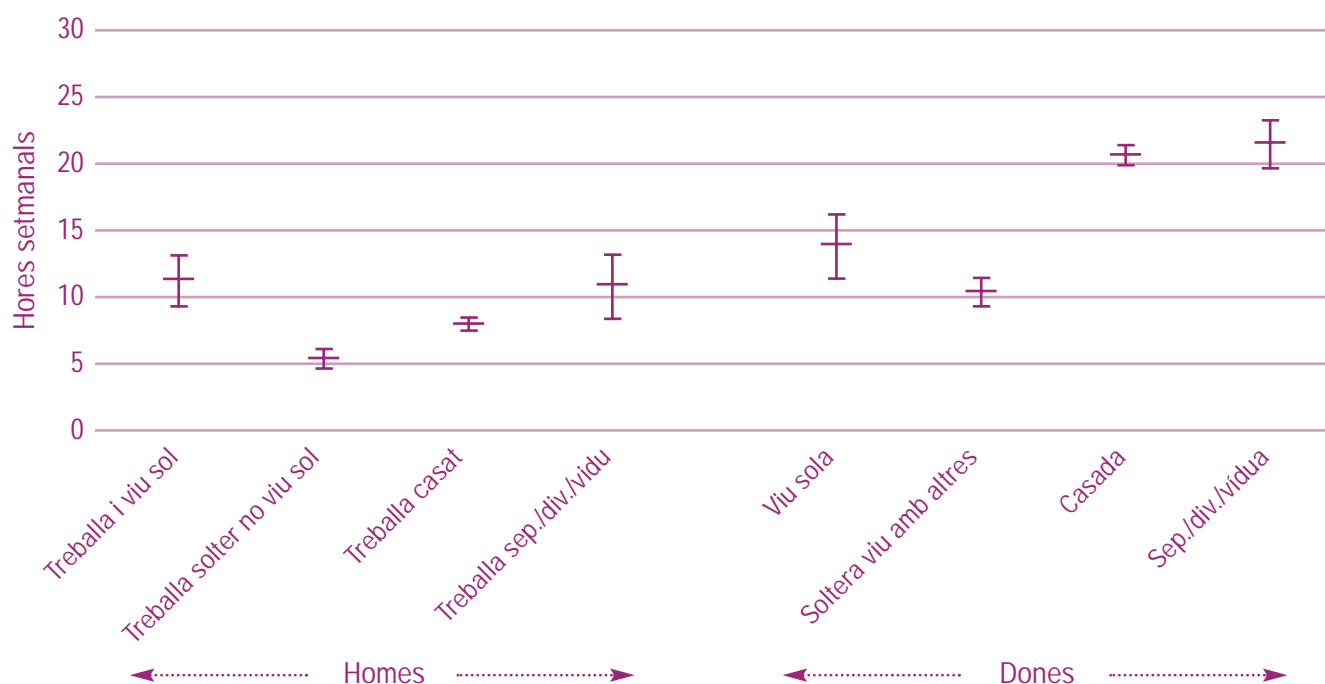
No hi ha diferències de gènere en cap dels indicadors de salut analitzats: estat de salut percebut, estat de salut mental, tabaquisme, pràctica d'exercici físic, nombre d'hores de son, sobrepès i consum de tranquil·litzants.

Hi ha algunes diferències en l'estat de salut i

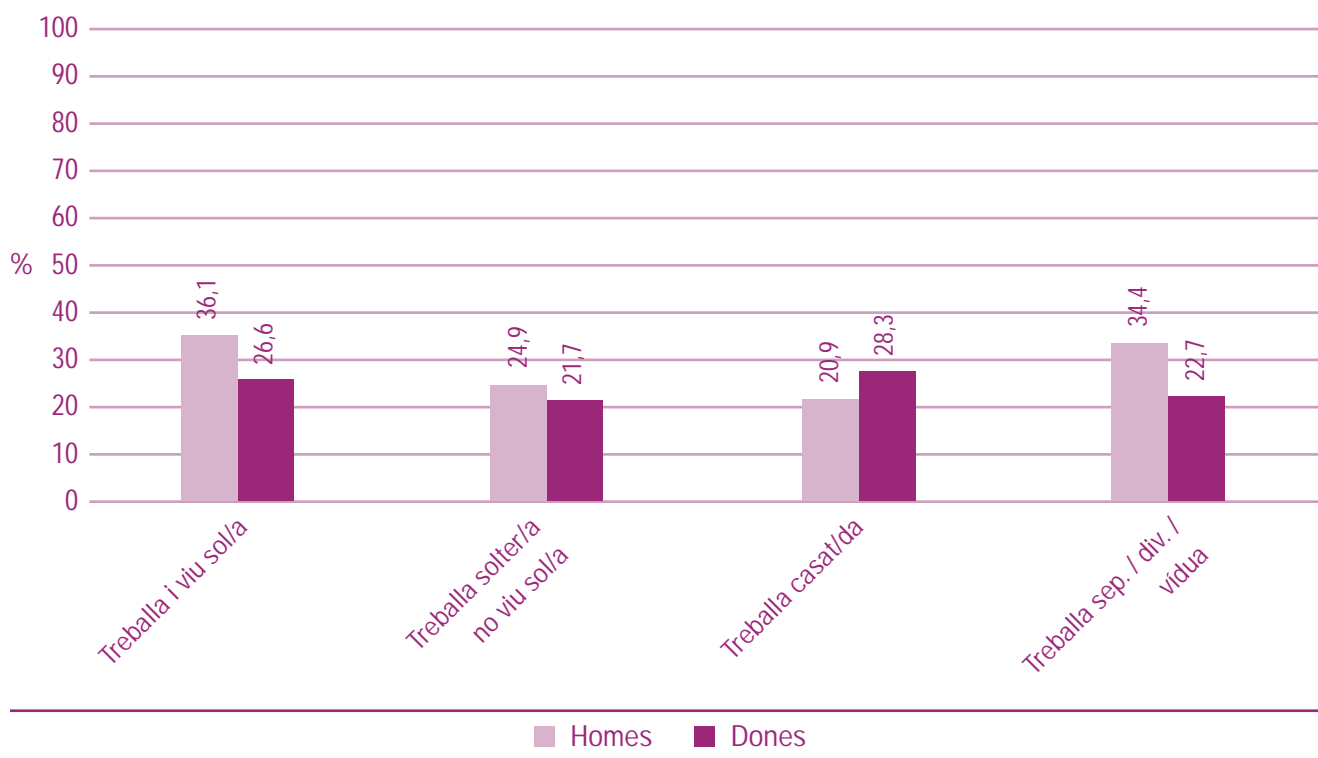
**Gràfic 4.123. Hores de treball remunerat setmanal en persones ocupades segons sexe i estructura de convivència (mitjana i interval de confiança del 95%)**



**Gràfic 4.124. Hores de treball domèstic setmanal en persones ocupades segons sexe i estructura de convivència (mitjana i interval de confiança del 95%)**



**Gràfic 4.125. Ocupats amb una persona contractada per a les feines de la llar segons sexe i estructura de convivència (%)**



els comportaments entre les persones ocupades que viuen soles i les que viuen amb altres, que depenen de l'estat civil o forma concreta de convivència i segueixen un patró diferent de gènere.

Mentre que no s'observen diferències en l'estat de salut percebut: en ambdós sexes el pitjor estat de salut mental es dona entre les persones separades, divorciades o vídues. Tot i que les diferències no són estadísticament significatives, els homes que viuen sols tenen millor estat de salut mental que els solters que viuen amb altres i que els casats. Contràriament les dones casades o que viuen en parella i les solteres que conviu amb altres, presenten millor estat de salut mental que les que viuen soles (gràfic 4.126.). En el futur s'hauria d'aprofundir sobre el que significa viure sol per als homes ocupats o per a les dones per explicar aquestes diferències de gènere en relació amb l'estat de salut.

Fer exercici físic és menys habitual entre els homes separats, divorciats i vidus i en dones casades o que viuen en parella (gràfic 4.127.).

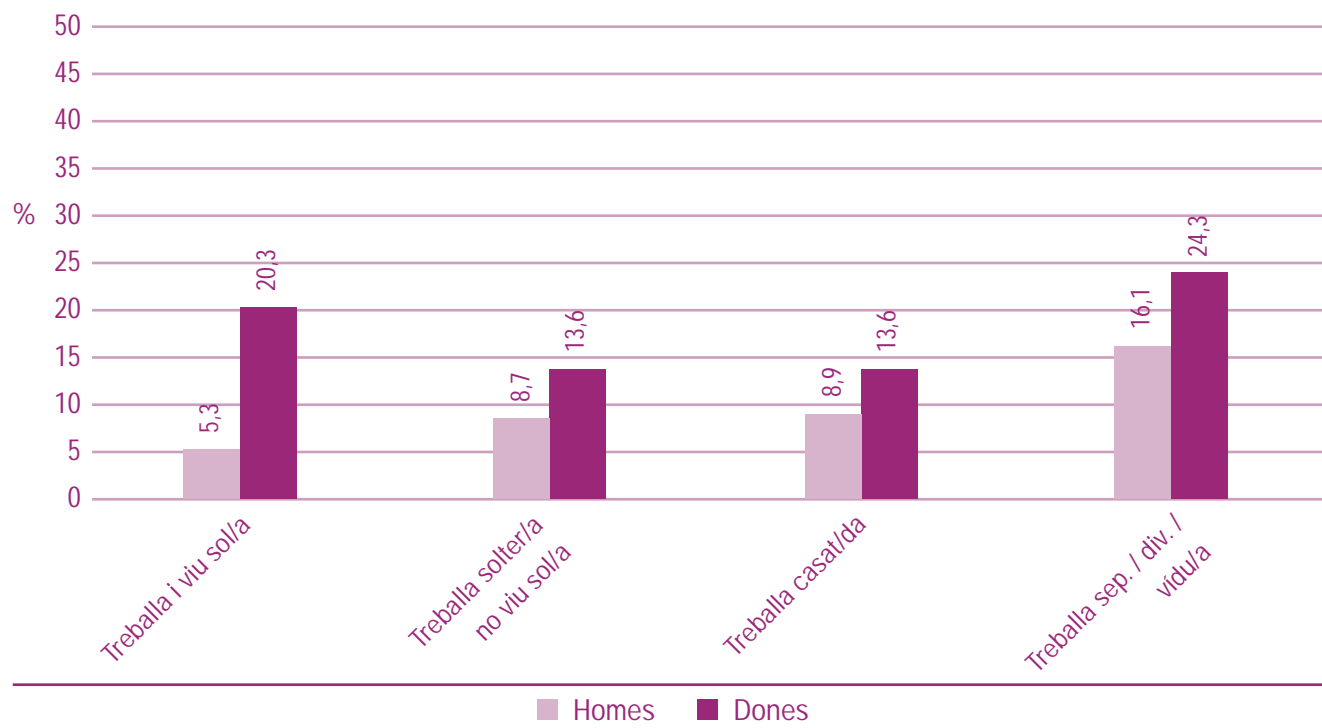
Si entre els homes fumar és més freqüent entre els separats, divorciats o vidus, entre les dones ho és entre les solteres (gràfic 4.128.).

En ambdós sexes els treballadors que viuen sols són els que menys pateixen sobrepès (gràfic 4.129.).

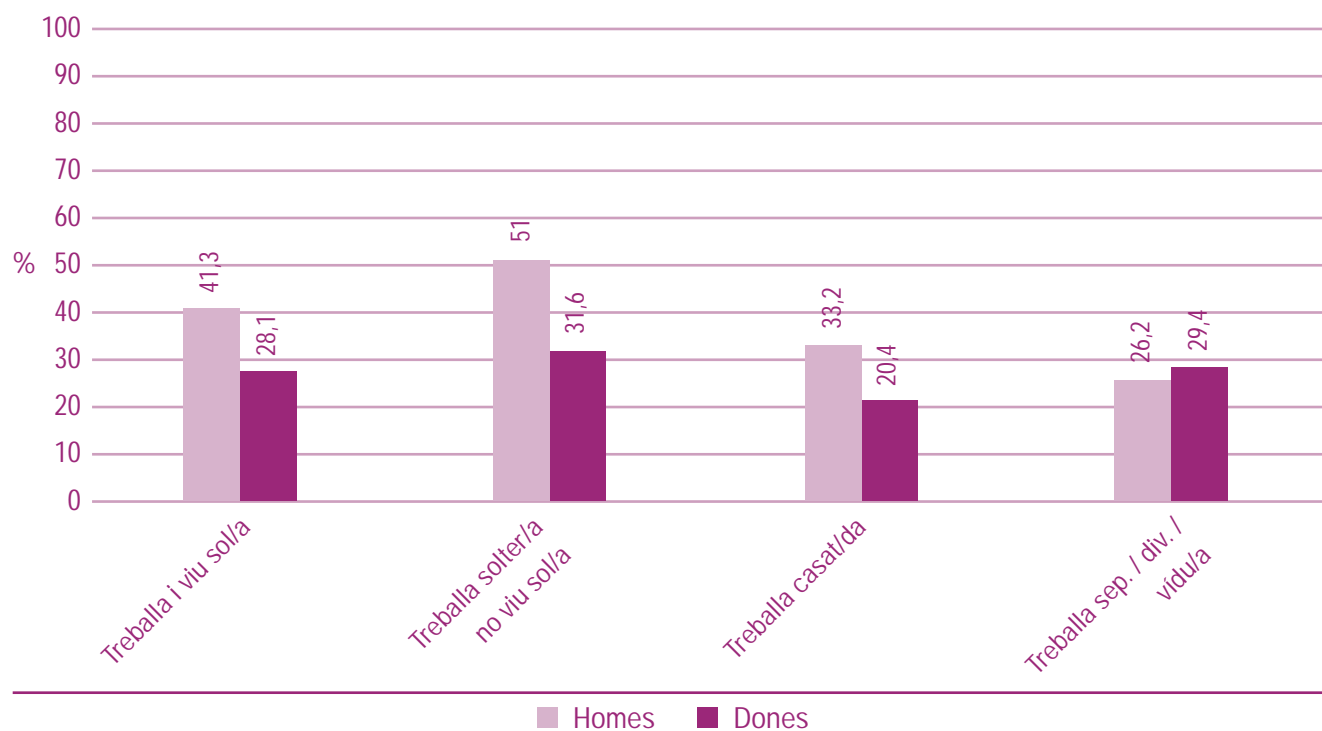
Les persones ocupades que viuen soles són les que amb menys freqüència dormen diàriament sis hores o menys, cosa que és més habitual entre els treballadors casats o que viuen en parella i en els separats, divorciats o vidus (gràfic 4.130.).



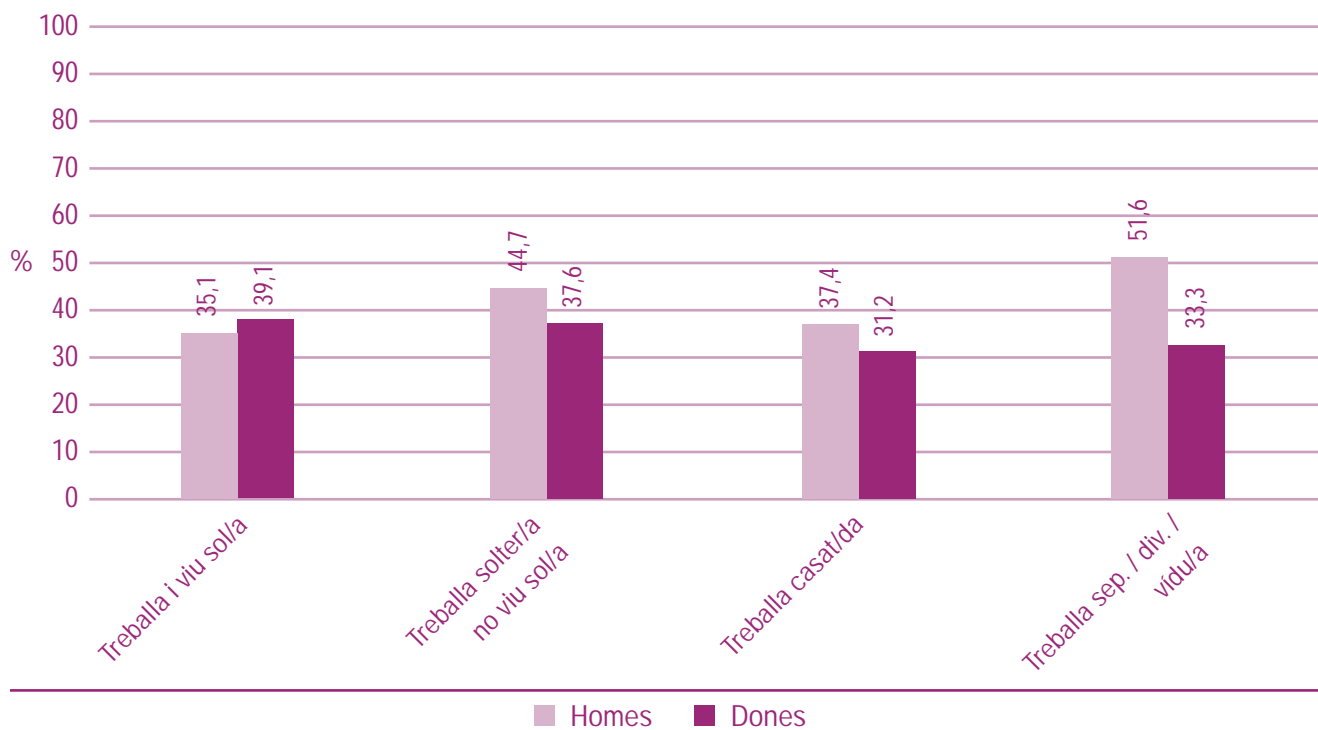
**Gràfic 4.126. Prevalença de mal estat de salut mental en persones ocupades segons sexe i estructura de convivència (%)**



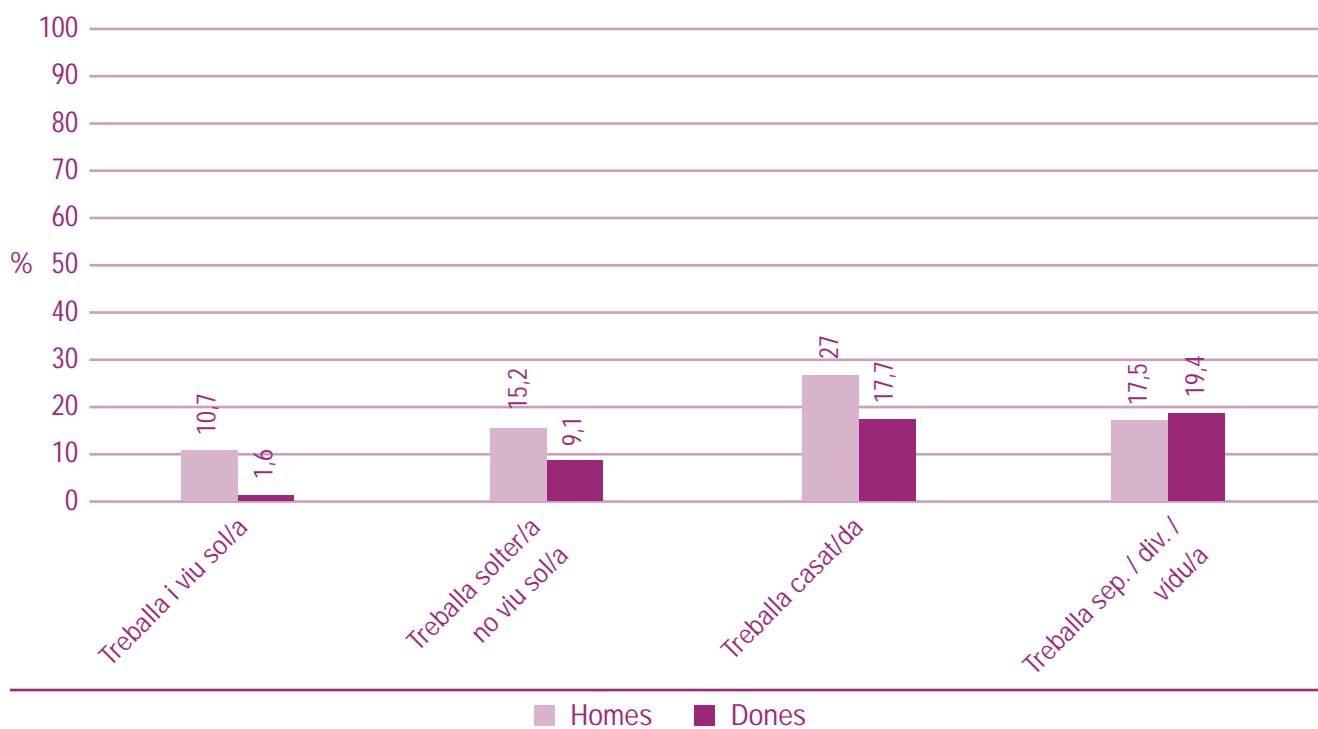
**Gràfic 4.127. Pràctica d'exercici físic en el temps de lleure en persones ocupades segons sexe i estructura de convivència (%)**



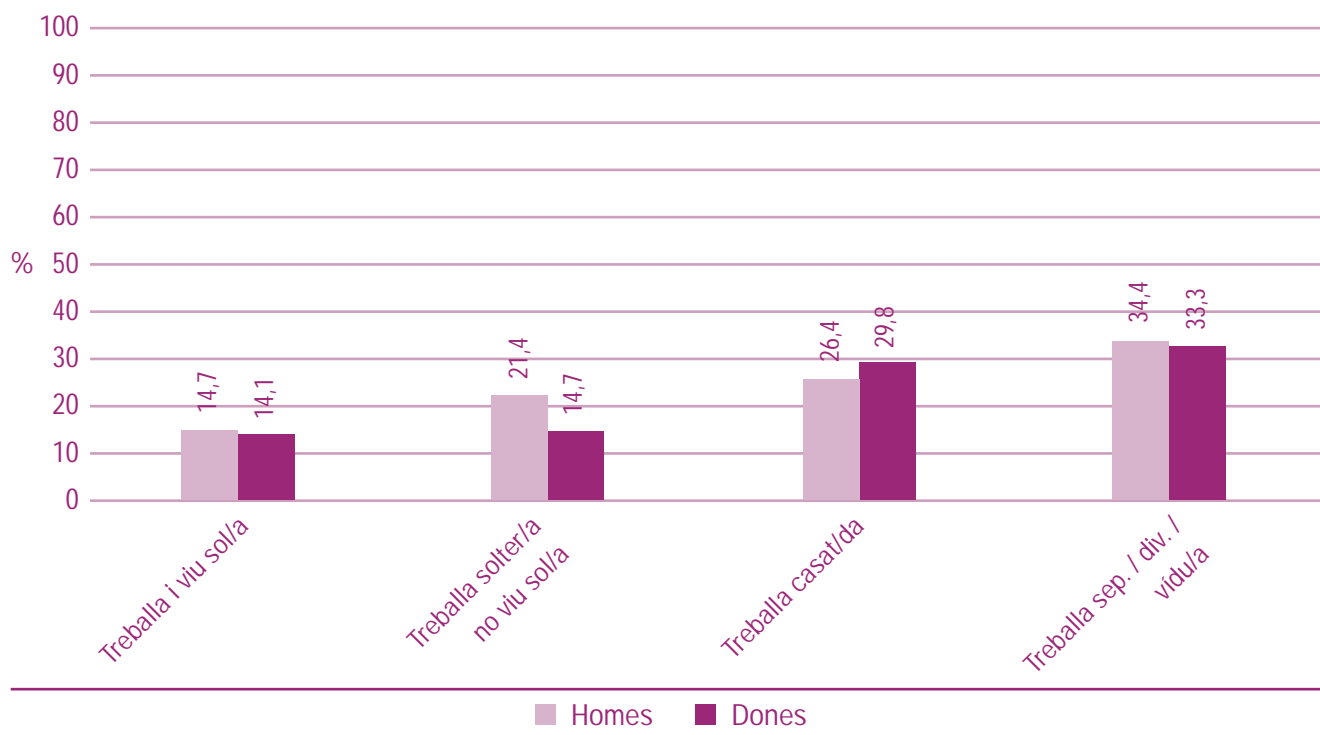
**Gràfic 4.128. Prevalença de tabaquisme en persones ocupades segons sexe i estructura de convivència (%)**



**Gràfic 4.129. Prevalença de sobrepès en persones ocupades segons sexe i estructura de convivència (%)**



**Gràfic 4.130. Dormir sis hores o menys en persones ocupades segons sexe i estructura de convivència (%)**



Finalment, si entre els homes el consum més alt de tranquil·litzants correspon als separats, divorciats o vidus, són les dones que viuen soles les que més en prenen (gràfic 4.131.).

## 4.7. La Barcelona del 92, la Barcelona de 2000

El 61,5% de la població de Barcelona de 1992 tenia entre 25 i 64 anys, mentre que els menors i majors d'aquest grup d'edat constituïen proporcions semblants, 18,8% els primers i 19,6% els darrers. Igual que l'any 2000, una mica més de la meitat d'aquesta població d'edats centrals eren dones, concretament el 53,2%.

En aquest capítol s'analitzen els canvis en les diferències i desigualtats entre homes i dones de 25 a 64 anys entre l'any 1992 i el 2000. La informació de

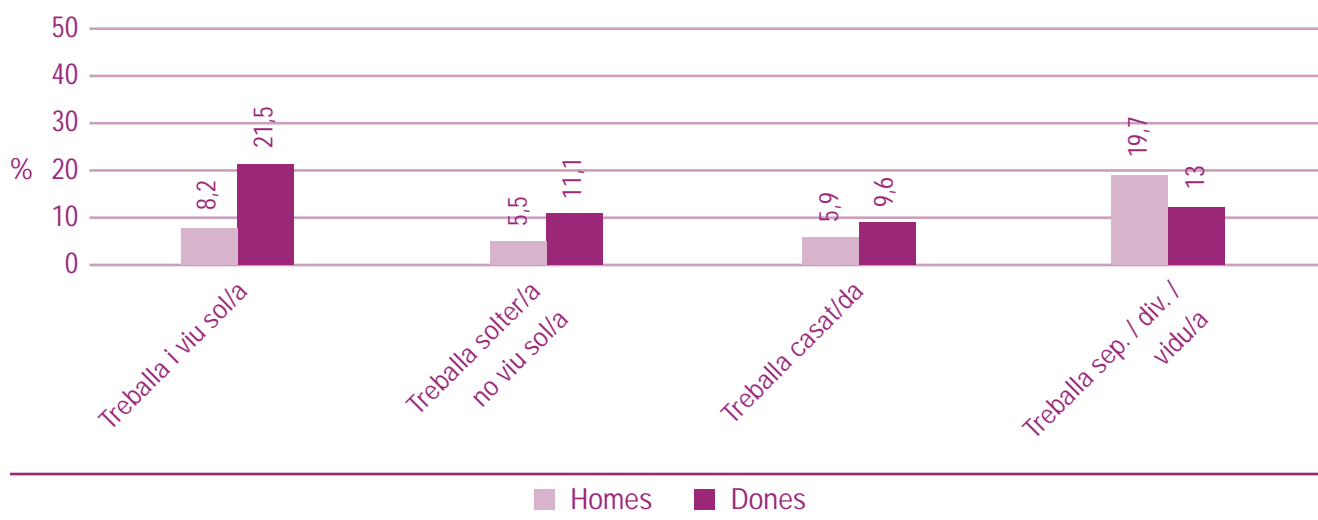
l'any 1992 prové de l'Enquesta de Salut d'aquell any, i es presenten els resultats de les dades comparables entre aquesta enquesta i la de 2000.

### 4.7.1. Característiques sociolaborals

L'any 1992 hi havia més homes i dones sense estudis i menys universitaris i universitàries que el 2000, però les diferències entre homes i dones eren semblants, de manera que hi havia més dones sense estudis i més homes amb estudis universitaris.

En concordança amb aquesta evolució, al llarg d'aquests anys han augmentat les proporcions de persones en classes socials més afavorides, però, la major proporció d'homes que de dones en aquesta situació. Si tenim en compte les classes extremes, s'ha reduït la diferència entre homes i dones de classe social I i s'ha mantingut la de classe V.

**Gràfic 4.131. Consum de tranquil·litzants en persones ocupades segons sexe i estructura de convivència (%)**



Pel que fa a la situació laboral, el que més crida l'atenció és l'augment de dones que desenvolupen un treball remunerat que han augmentat gairebé un 20% entre els anys 1992 i 2000, i la reducció de les que es defineixen com a mestresses de casa: l'any 1992 constituïen la meitat de les dones de 25 a 64 anys i el 2000 poc més d'una quarta part.

La proporció d'homes aturats també va disminuir entre aquests dos anys, no així la de les dones que s'ha mantingut en xifres pràcticament idèntiques (taula 4.8.).

#### 4.7.2. Situació familiar

Les proporcions d'homes dones casats o aparellats eren superiors l'any 1992 i menors les de solters i solteres. La relació entre homes i dones respecte de les diferents situacions, però, només han canviat lleugerament pel que fa a les persones separades i divorciades: tot i que en els dos anys de referència hi ha més dones en aquesta situació, la proporció d'homes ha disminuït i la de dones ha augmentat.

També en ambdós anys eren més les dones responsables de llars monoparentals, i aquest grup ha augmentat l'any 2000; en canvi, la proporció de persones soles ha disminuït, sense diferències, igual que el 2000, de gènere (taula 4.9.).

#### 4.7.3. L'estat de salut

Les diferències en l'estat de salut entre homes i dones es poden observar a la taula 4.10. A l'any 1992 no hi havia diferències de gènere estadísticament significatives respecte de la limitació crònica de l'activitat –en canvi sí que n'hi havia el 2000, fet que podria explicar-se per la diferent formulació de la pregunta en les dues enquestes (vegeu nota a peu de taula)– ni tampoc en els accidents que havien tingut lloc en els darrers 12 mesos –en aquest cas igual que el 2000.

Els trastorns crònics seguien un patró similar els dos anys, amb majors percentatges entre les dones de la majoria de trastorns i amb predomini masculí en aquells problemes de salut més relacionats amb els estils de vida.

**Taula 4.8. Característiques sociolaborals segons sexe (%). Anys 1992 i 2000**

	1992		2000	
	Homes	Dones	Homes	Dones
<i>Nivell d'estudis</i>				
Sense estudis	3,2	5,7	2	4,2
Primaris incomplets	11,7	20,5	5,9	8,8
Primaris	25,6	30,3	32,9	36,7
Secundaris	33,3	26,3	28,3	24,6
Universitaris	26,1	17,1	30,9	25,6
<i>Classe social</i>				
I	14,2	7,3	18,5	11,6
II	16,2	18,0	11,3	10,2
III	26,8	26,7	31,1	34,0
IV	39,2	39,2	33,6	31,1
V	3,7	8,7	5,5	13,2
<i>Situació laboral</i>				
Treball remunerat	77,9	37,5	82,0	59,1
Mestressa de casa		49,9		27,6
Aturat/aturada	10,0	6,0	6,3	6,4
Jubilat/jubilada	7,8	3,7	5,4	2,8
Altres	4,3	2,9	6,2	4,0

**Taula 4.9. Situació familiar segons sexe (%). Anys 1992 i 2000**

	1992		2000	
	Homes	Dones	Homes	Dones
<i>Estat civil o de convivència</i>				
Solters	23,4	14,6	28,0	19,8
Casats/aparellats	71,9	73,7	68,5	69,4
Separats/divorciats	3,4	5,3	2,7	6,5
Vidus	1,3	6,4	0,8	4,3
Responsables de llars monoparentals	1,9	5,6	1,4	7,8
Persones que viuen soles	6,8	7,2	5,6	5,4

Pel que fa a l'estat de salut percebut, s'aprecia una proporció lleugerament superior de mal

estat de salut per ambdós sexes l'any 92 i una disminució de les desigualtats entre homes i dones a expenses d'una reducció més important de les

dones amb mal estat de salut.

Finalment, les diferències en les visites a professionals sanitaris s'haurien incrementat lleugerament l'any 2000, amb un increment també superior entre les dones (taula 4.10.).

#### 4.7.4. Els comportaments relacionats amb la salut

És molt remarcable el diferent patró de l'evolució del consum de tabac entre homes i dones d'aquest grup d'edat; així, si hi ha hagut un moderat aug-

ment del consum entre les dones, la disminució de l'hàbit tabàquic entre els homes en aquests vuit anys ha estat molt important, ha passat la prevalença de fumadors de 50% a 40%.

Igual que el 2000, les dones feien menys exercici físic que els homes i consumien més tranquil·lizants (les diferències que s'observen entre ambdós anys van en el sentit d'una major prevalença d'aquest consum l'any 2000, sobretot entre les dones que podrien tenir la causa en a la diferent formulació de la pregunta en les dues enquestes –vegeu el peu de taula–).

**Taula 4.10. Trastorns de salut segons sexe (%). Anys 1992 i 2000**

	1992		2000	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Mal estat de salut percebut	16,4	25,0	14,5	20,4
Limitació crònica de l'activitat *	10,0	11,3	12,4	16,3
Al·lèrgies	8,1	11,8	13,6	16,7
Artrosi o reumatisme	12,6	30,3	9,3	20,1
Bronquitis crònica	6,3	4,4	4,8	4,0
Asma	2,9	3,1	3,6	3,7
Diabetis	3,1	2,4	3,3	2,9
Migranya	9,0	18,8	5,4	15,9
Trastorns de pròstata	2,9		3,6	-
Mal d'esquena (lumbar) crònic **	11,4	26,4	16,1	27,7
Mala circulació	6,7	28,4	6,8	25,1
Trastorns cardíacs	4,9	3,7	3,3	3,0
Morenes	5,3	6,9	5,5	8,9
Embòlia/atac de feridura	1,0	0,5	1,0	0,5
Varices a les cames	3,2	21,5	5,0	22,1
Cataractes	1,9	1,2	1,9	1,8
Angina de pit/infart	1,7	0,7	1,4	0,5
Altres trastorns crònics	15,2	12,2	14,1	17,4
Accidents en els últims 12 mesos	13,2	12,9	13,7	14,5
Visites mèdiques en els últims 15 dies	14,8	21,4	16,4	24,1

\* L'ESB92 incloïa en una sola pregunta la restricció de l'activitat habitual i la principal, mentre que en l'ESB2000 es recollia aquesta informació en dues preguntes de la que es mostra en aquesta taula la restricció en l'activitat principal.

\*\* L'ESB92 incloïa una sola pregunta genèrica sobre mal d'esquena, mentre que a la de 2000 n'hi havia una per al dolor lumbar i una altra per al cervical (es mostra el percentatge del primer).

Tant l'any 1992 com el 2000 hi havia diferències en les hores que dormien homes i dones tot i

que de poca magnitud, en el sentit de més dones que dormen menys de set hores diàries. Les proporcions en ambdós sexes eren inferiors l'any 1992 (taula

**Taula 4.11. Comportaments relacionats amb la salut segons sexe (%). Anys 1992 i 2000**

	1992		2000	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Tabaquisme	50,5	26	39,5	28,2
Exercici físic <sup>*</sup>	36,5	24,7	35,7	23,3
Sis o menys hores de son diàries	21,0	22,4	24,0	26,4
Consum de tranquil·lizants <sup>**</sup>	5,4	8,9	7,7	13,5

<sup>\*</sup> L'exercici físic en l'ESB92 es definia com a activitat física moderada o intensa almenys una vegada durant més de 20 minuts a la setmana anterior. En la ESB2000 era haver realitzat algun tipus d'activitat física o esportiva en el temps lliure (com ara ioga, footing, futbol, esquí, caça, pesca, jardineria, dansa, etc.) durant els darrers 15 dies.

<sup>\*\*</sup> En l'ESB92 es preguntava pel consum de medicaments per dormir a la nit (o a l'hora de dormir si treballa de nit) durant l'última setmana. En la ESB2000 eren tranquil·lizants, pastilles per dormir o pels nervis en l'últim més.









## 5.1. Les desigualtats de gènere en la situació sociolaboral

- A Barcelona la situació sociolaboral de les dones és pitjor que la dels homes: el seu nivell d'estudis i la classe social són més baixos, són amb més freqüència responsables de llars monoparentals, ocupen llocs de treball menys qualificats i treballen amb més freqüència en condicions precàries.
- Les desigualtats de gènere són més marcades entre les persones més grans.
- Tot i que el nivell d'estudis de les dones més joves és similar al dels homes, continuen ocupant llocs menys qualificats i accedint amb menys freqüència a càrrecs de responsabilitat.

## 5.2. Les desigualtats de gènere en l'àmbit familiar

- Les dones continuen assumint la major part de les responsabilitats familiars, fins i tot quan estan empleades, el que es tradueix en moltes més hores de treball domèstic que els homes.
- Continuen les desigualtats en l'assumpció de les responsabilitats familiars també entre les generacions més joves.

## 5.3. L'estat de salut

- La major part dels indicadors de salut són més desfavorables per a les dones.
- Els homes presenten més problemes cardiovasculars.
- Les dones fan més visites mèdiques.
- Els determinants socials de la salut són diferents segons l'indicador analitzat i s'expliquen en gran part per una complexa interacció entre el gènere, l'edat, la situació laboral, la classe social i els rols familiars.

## 5.4. Els comportaments relacionats amb la salut

- La prevalença de tabaquisme és inferior en les dones.
- El baix pes és més freqüent en les dones, sobretot entre les joves.
- No hi ha diferències de gènere en el sobrepès ni en el nombre d'hores diàries de son.
- Els homes fan més exercici físic que les dones.
- El consum de tranquil·litzants és superior en les dones.
- Els determinants socials dels comportaments relacionats amb la salut són diferents segons l'indicador analitzat i s'expliquen en gran part per una complexa interacció entre el gènere, l'edat, la situació laboral, la classe social i els rols familiars.

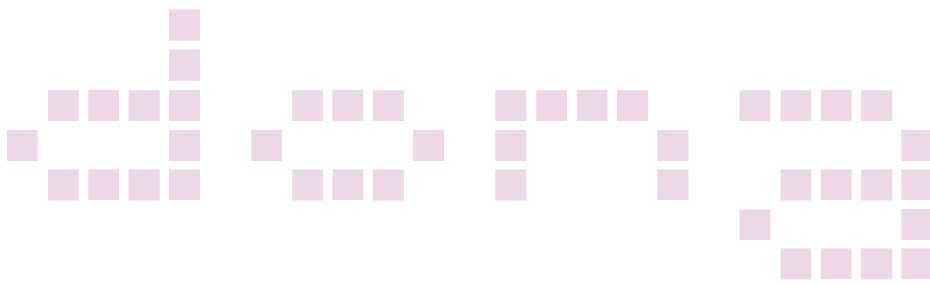
## 5.5. L'evolució de les desigualtats entre 1992 i 2000

### 5.5.1. Situació sociolaboral

- Ha augmentat el nivell d'estudis de tota la població, però es mantenen les desigualtats de gènere.
- S'han acostat les proporcions d'homes i dones en la classe social més afavorida, però ha augmentat la proporció de dones de classe social més desfavorida.
- Ha augmentat la proporció de dones amb treball remunerat i ha disminuït la de mestresses de casa.
- Ha disminuït l'atur en homes i s'ha mantingut en dones.

### 5.5.2. Estat de salut i comportaments relacionats amb la salut

- S'han reduït les desigualtats en l'estat de salut percebut segons gènere.
- Ha disminuït l'hàbit tabàquic en el homes i ha augmentat en les dones.





## 6. Annex

# Organització de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2000

## Comitè directiu

Joan Guix, Agència de Salut Pública de Barcelona<sup>1</sup>  
Josep Mañach, Consorci Sanitari de Barcelona  
Josep Farrés, Consorci Sanitari de Barcelona<sup>2</sup>  
Jaume Estany, Coordinador Corporació Sanitària<sup>3</sup>

<sup>1</sup> anteriorment, Ricard Armengol.

<sup>2</sup> anteriorment, Jordi Varela, Rafael Manzanera.

<sup>3</sup> anteriorment, Roser Vicente.

## Comitè assessor

Direcció: Antoni Plasència, Agència de Salut Pública de Barcelona  
Àlex Guarga, Consorci Sanitari de Barcelona

Membres:

-Jordi Alonso, Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Universitat Pompeu Fabra  
-Txema Castiella\*, Serveis Personals, Ajuntament de Barcelona  
-Jaume Duran, Departament de Sanitat i Seguretat Social  
-Daniel Fernández\*, Consorci Sanitari de Barcelona  
-Emília Sánchez\*, Servei Català de la Salut  
-Andreu Segura\*, Institut de Salut Pública de Catalunya. Universitat de Barcelona.  
-Pilar Solanes. Serveis Personals, Ajuntament de Barcelona  
-Lluís Torralba, Agència de Salut Pública de Barcelona, Pla d'Acció de Drogues.  
-Ricard Tresseras, Direcció General de Salut Pública, Departament de Sanitat

-José M Vegara\*\*, Institut d'Estudis Metropolitans de Barcelona

-Joan R Villalbí, Agència de Salut Pública de Barcelona

\* anteriorment

\*\* anteriorment Oriol Nel·lo

## Comitè tècnic

Direcció: Enquesta de salut: Carme Borrell, Agència de Salut Pública de Barcelona  
Treball de camp: Lucía Baranda, Institut d'Estudis Metropolitans de Barcelona

Membres:

-Lucía Artazcoz, Agència de Salut Pública de Barcelona  
Genoveva Barba\*, Àrea Sanitària, Servei Català de la Salut  
-M. Teresa Brugal, Agència de Salut Pública de Barcelona, Pla d'Acció de Drogues  
-Joan Caylà, Agència de Salut Pública de Barcelona  
-Luís Rajmil\*, Institut de Salut Pública de Catalunya  
-Miguel Gil\*, Consorci Sanitari de Barcelona  
-Carmen Medina, Consorci Sanitari de Barcelona  
-Salvador Moncada\*, Agència de Salut Pública de Barcelona  
-Albert Navarro\*, Institut de Salut Pública de Catalunya  
-Manel Nebot, Agència de Salut Pública de Barcelona  
-M. Isabel Pasarín, Agència de Salut Pública de Barcelona  
-Montse Rué\*, Consorci Sanitari Parc Taulí  
-Corinne Zara, Consorci Sanitari de Barcelona  
-Salvi Juncà, Direcció General de Salut Pública, Departament de Sanitat

\* anteriorment

## Treball de camp

Realitzat per l'Institut d'Estudis Metropolitans  
de Barcelona

Direcció i disseny metodològic i organitzatiu: Lucía  
Baranda Areta

Coordinació general:

Andrea Delgado

Carmen Domínguez

Caps d'equip:

Meritxell Perramón

Hug Llätzer

Gemma Alsina

Codificadors i supervisors:

Mari Feli Serrano

M<sup>a</sup>Àngels González

Carme Gallego

Esther Mena

Francesc Laporta

Rus Jiménez

Creació, gestió i depuració de la base de dades:

Elena Permanyer

## Recodificació de la base de dades i control de qualitat

Maika Rodríguez



